

(別紙2)

請求書 (兼 口座振替依頼書)

令和 年 月 日

鞍手町長 様

事業所名称

所在地

開設者氏名

印

金 円

障害者総合支援法の医師意見書作成料について、下記指定口座に振り込まれるよう請求します。

振込先金融機関名	
ふりがな 口座名義人	
口座番号	
預金の種類	
備考	