

請 求 書

年 月 日

逗 子 市 長

重度障がい者医療費
について、次のとおり請求します。

円

請求者 住 所

(ふりがな)

氏 名

振込先 金融機関名 銀行・信用金庫 本・支店

預金種別・口座番号 普通・当座

口座名義人 (カナ)