

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 _____

(ふりがな)

口座名義人 _____