

障害者手帳診断料請求書

請求金額	万	千	百	十	円
受診年月日	令和 年 月 日				
医療機関名	病（医）院 診療所				
診療科目	科				
指定医師名	医師				
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>島本町長様</p> <p style="text-align: right;">請求者 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 ㊞</p>					
<p>※注意事項</p> <p>1. 医療機関の領収書を添付すること。</p> <p>2. 支給範囲は、手帳交付を受けるために必要な診断料・検査料であって、注射・投薬料等の治療費は含まない。</p>					
送金依頼書					
振込先金融機関名		預金種別	普通・当座・貯蓄		
銀行・信用金庫 農業協同組合		口座番号			
		フリガナ			
本店・支店・出張所		口座名義			
<p>上記のとおり振込みを依頼いたします。</p> <p>この振込みがなされたときは、その金額にかかる債権が弁済されたものとします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>島本町会計管理者様</p> <p style="text-align: right;">債権者 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 ㊞</p>					