

請 求 書

一, 金 _____ 円

介護保険主治医意見書作成手数料として、上記金額を請求します。

相馬市長 立谷 秀清

医療機関 住所

医療機関 名称

代表者職氏名

印

なお、作成手数料は次の振込先に振り込んでください。

金融機関名					支店名										
預金種目	1 普通	2 当座	9 その他（												
口座番号						※番号は右詰めでお願いします									
口座名義	カナ														
	漢字														