意　見　書　作　成　料　請　求　書

令和　　年　　月　　日

（宛先）松山市福祉事務所長

医療機関の所在地
名　　称

医療機関の長または
開 設 者 の 氏 名

障害者自立支援法に規定する自立支援医療申請に対する意見書作成料として、下記のとおり請求します。次の私の預金口座にお振込みください。

金融機関名 銀行　本店 支店		普通預金 当座預金	第　　号
受診者　（生年月日　　年　　月　　日）		居住地 松山市　　町　　丁目　　番地 番　　号	
意　見　書　作　成　年　月　日		令和　　年　　月　　日	
請求額	意 見 書 作 成 料		点 円

（注）この請求書により直接福祉事務所長あてに請求してください。

審査決定	課長	主幹	主査	担当員