

年 月 日

七尾市長

所在地

名 称

代表者(職)氏名

印

電話番号

担当者	氏 名 :
	電話番号 :

※担当者名（フルネーム）の記入がある場合は、印の省略可
担当者名の記載をしない場合は押印が必要です。

金 _____ 円

介護保険の主治医意見書作成料について、下記指定口座に振り込まれるよう請求します。

振 込 先	金融機関名	
	支 店 名	
	口座名義人 (ふりがな) ※ふりがなは必ず記入してください。	
	預金の種類	普通 当座 (いずれかに○)
	口 座 番 号	