

請求書(兼口座振替依頼書)

金額										
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ただし、結核精神医療給付金 として、上記の金額を請求します。

年 月 日

千代田区長 殿

世帯主
住 所 千代田区

氏 名

印

印

- 窓口払を希望します。
- 下記の口座へ振込みを希望します。

				銀 行 信用金庫 信用組合								本店 支店
預金 種目	1. 普通 3. 貯蓄	2. 当座 (○で囲む)	口座 番号									
刀がナ <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 氏 名												