



請 求 書

金 額

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(金額の記載は、アラビア数字を用いその頭部に「〒」を記入してください。)

件 名

福岡市精神医療審査会報告書料 (月～ 月) として

希望する支払方法に☑を記入してください。

☐ 口座振込を希望します。

(本市に2つ以上口座を登録されている方等は、以下に振込を希望する口座をご記入ください。)

金融機関名	銀行										本店 支店		
預金種別	普通 ・ 当座					口座番号							
口座名義 (カナ)													

(記入する口座は請求者名義のものに限ります。また、口座名義等の記入にあたっては、必ず預金通帳を確認のうえ、記載のとおり正確に記入してください。)

☐ 現金受領を希望します。

☐ 隔地払 (外国送金等) を希望します。

上記の金額を請求します。

令和 年 月 日

住所

氏名

(あて先) 福岡市 (区) 長

(福岡市)

連絡先電話番号

※法人等の場合
担当者 部署・氏名

- (注) 1 金額と口座番号は、右づめで記入してください。
なお、ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、振込用の口座番号を記入してください。
2 請求書の金額は、訂正できません。

R3.4改正

福岡市精神医療審査会報告書料請求書

確認(請求)金額(円)

ただし、令和 年 月から令和 年 月(計 件)の報告書料として、
上記のとおり請求します。

内訳は、様式2「精神医療審査会報告書料支給対象報告書一覧表」のとおり。

令和 年 月 日

所在地

病 院 名

氏 名

福岡市長様