

先天性代謝異常等検査請求書

年 月 日

（あて先）京都市長

医 療 機 関
所 在 地
代表者氏名

年 月分について下記のとおり請求します。

記

金 額

	万	千	百	十	一
--	---	---	---	---	---

円

振 込 口 座	☐ 登録済みの口座(1口座のみ登録)→以下記入不要です。 ☐ 登録済みの口座(複数口座を登録)のうち、下記の口座→口座番号まで記入してください。 ☐ 登録していない下記の口座→全て記入してください。															
	金融機関名				店舗名				預金種目				口座番号			
									☐ 普通(総合) ☐ 当座 ☐ 貯蓄 ☐ その他							
	口座名義 (フリガナ)															
口座名義 (漢字等)																

※ 原則として、請求者の名義の口座を記入してください。
※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字)・預金種目・口座番号を記入してください。