（別紙３）

（京都市医療扶助治療材料（眼鏡）給付業務登録申請用）

水道料金・下水道使用料納付証明請求書

　　　年　　　月　　　日請求

（宛先）京都市公営企業管理者上下水道局長

（京都市上下水道局総務部　　　　営業所）

請求者　住　所

氏　名 　　　　　　　 　　　　　　　　印

京都市医療扶助治療材料（眼鏡）給付業務登録申請に使用するため、下記の水道料金、下水道使用料の納付証明を請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 検針区 | | | 使用者コード | | | | | 水栓番号 | | | | | 使　用　者　名 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）検針区、使用者コード、水栓番号及び使用者名の欄は、「水道使用水量のお知らせ」に記載されている内容を正確に記入してください。

水道料金・下水道使用料納付証明書

上記の使用者について、水道料金、下水道使用料の未納額はありません。

　　　年　　　月　　　日

京都市公営企業管理者上下水道局長　　印