記入例

請　求　書

墨田区長　　様

金　　**5,500**　　円

うち取引に係る消費税
及び地方消費税の額　**500**　円

障害者総合支援法の医師意見書作成料等については、上記のとおり請求します。

記入不要　　年　月　日

医療機関名　**医療法人墨田会　墨田病院**

代表者名　**理事長　墨田　一郎**　㊞

住　　所　**墨田区吾妻橋1－23－20**

連絡先　**03(5608)6164**

※　**請求書と支払金口座振替依頼書の依頼人は、同一人、同一印です。**
※　**法人等の依頼人は、病院長・院長・理事長です。**
※　**シャチハタ印は、使用できません。**