

大阪市石綿読影の精度に係る調査
指定精密検査医療機関登録申請書兼口座振替申出書

令和 年 月 日

(提出先)

大 阪 市 長

フリガナ						
医療機関住所 (債権者)					郵便番号	
フリガナ					電話番号	
医療機関名					() —	
フリガナ						
代表者名						

大阪市石綿読影の精度確保に係る調査に伴う精密検査の
医療助成費の支払いについて

標題の経費の支払いについては、今後、次の名義の預金口座に口座振替
されるよう依頼します。

記

店番号

フリガナ						
振込先銀行名					銀行	支店

預金種目 (いずれか○印)	1	普通預金	口座番号						
	2	当座預金							
3	別段預金								

フリガナ						
口座名義						

- 口座名義は債権者のものに限りません。
- 各欄のふりがなは必ず、記入してください。