

様式第 4 号

神戸市重度障害児者医療福祉コーディネート事業
情報登録書の医師確認にかかる文書料請求書

年 月 日

神戸市長 あて

医療機関の所在地
名称
代表者氏名
連絡先（電話番号）
担当者所属・氏名

下記の者の情報登録書の確認を行いましたので、文書料を下記指定口座に振り込まれるよう、請求します。

情報登録書に記載されている者の住所 (区 町 丁目 番 号)	
氏 名	(歳) 男・女
請求金額	文書料 3, 0 0 0 円
振込先金融機関名 () 支店名 () 口座番号 () 預金の種類 () (ふりがな) 口座名義人 ()	

- (注) 1. この文書料請求書（様式第 4 号）に、対象者から提出された「神戸市重度障害児者医療福祉コーディネート事業情報登録書の医師確認にかかる文書料助成申請書」（様式第 3 号）を添えて、福祉局障害者支援課へ請求してください。
2. 申請は、1 人につき、1 医療機関、1 回限りです。確認が複数診療科にまたがる場合も、1 回分の請求となります。