

請 求 書

請 求 者	以下の金額を請求します。 令和 年 月 日 住 所 _____ ふりがな 氏 名 _____ (宛先) 秋 田 市 長	<input type="radio"/> 口座振替 _____ 銀行 _____ 支店 普通・当座 ← ○で囲む No. _____ ※店番不要 <input type="radio"/> 口座名義 _____	
	秋田市結核予防費補助金 請求金額 _____ 円		
<table border="1"><tr><td>発行責任者および担当者 発行責任者 (氏名) _____ (連絡先) 担 当 者 (氏名) _____ (連絡先)</td></tr></table>			発行責任者および担当者 発行責任者 (氏名) _____ (連絡先) 担 当 者 (氏名) _____ (連絡先)
発行責任者および担当者 発行責任者 (氏名) _____ (連絡先) 担 当 者 (氏名) _____ (連絡先)			