

請 求 書

請 求 者	以下の金額を請求します。	<input type="radio"/> 口座振替
	令和 年 月 日	_____ 銀行
	住 所 _____	_____ 支店
	ふりがな 氏 名 _____	普通・当座 ← ○で囲む
	(宛先) 秋 田 市 長	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

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)