**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 | 〇 口座振替  　　　　 銀行  　　　　 支店  普通・当座 **←** 〇で囲む  №  　 ※店番不要  〇 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) | | |