**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) |