

請 求 書

請 求 者	以下の金額を請求します。	○ 口座振替
	年 月 日	銀行
	住 所	支店
	ふりがな 団体名	普通・当座 ← ○で囲む
	ふりがな 氏 名	No.
	(宛先) 秋 田 市 長	※店番不要
		○ ふりがな 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)