請　　求　　書

令和　　年　　月　　日

岡山県美作県民局長 殿

 　　　　　　所在地

 　　　　　　　団体名

 　　　　　 代表者氏名

　令和　年　月　　日付け、岡山県指令美作局地第　　　　号で補助金交付額の確定通知のあった令和　年度岡山県結核定期健康診断補助金について、次のとおり請求します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 　請 求 額 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  円   |

|  |
| --- |
| 指 定 預 金 口 座 |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　支店 |
| 預金種別 |  | 口座番号 |  |
| フ リ ガ ナ |  |
| 名義人氏名 |  |

発行責任者及び担当者（押印を省略する場合は必ずご記入ください。）

発行責任者　　（職名）　　　　　　　　　（氏名）　　　　　　　　　　　　　　（連絡先）

担当者　　　　　（職名）　　　　　　　　　（氏名）　　　　　　　　　　　　　　（連絡先）