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）