

請 求 書

黄色のセルのみ入力してください。

ご不明な点がございましたら、地域医療推進室(059-229-3372)までお問い合わせください。

金 〇〇〇 円

ただし、医療機関等物価高騰対策支援事業に係る支援金として、上記金額を請求します。

※「氏名(名称及び代表者名)」=債権者

と異なる「口座名義人」に振り込む際、委任状が必要となる場合があります。

支援金を速やかに交付するため、記入の際には、**【参考】債権者と口座名義人の関係**を、ご確認いただきますようよろしくお願い申し上げます。

令和 6 年 〇 月 〇 日

申請者住所(所在地) 津市〇町〇番地-〇

氏名(名称及び代表者名) 津市 太郎

津市 印

津市長 あて

法人名義の通帳を確認のうえ、口座情報を正しく入力してください。

4桁の数字からなる金融機関コードを半角数字で入力してください。

3桁の数字からなる支店名コードを半角数字で入力してください。

半角カタカナで入力してください。

請求書発行の責任者、担当者の氏名(フルネーム)、連絡先(電話番号)を入力してください。責任者と担当者が同一の場合も、両方の欄に同一情報を入力してください。

振込口座情報	
金融機関名	〇〇銀行
金融機関コード	〇〇〇
支店名	〇〇支店
支店コード	〇〇〇
種別	普通
口座番号	〇〇〇〇〇〇
口座名義人	津市 太郎
口座名義人(カナ)	ツシ タロウ

発行責任者	氏名	津市 次郎
	連絡先(TEL)	〇〇〇-〇〇〇〇
担当者	氏名	津市 次郎
	連絡先(TEL)	〇〇〇-〇〇〇〇