

# 請求書

年 月 日

(あて先) 合志市長 荒木義行

住 所

氏 名

[電話番号 ( ) - ]

\* 団体の場合は住所・団体名・職名・代表者名を記入

円

年 月 日付けで決定通知があった造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用について、上記のとおり請求いたします。

振込口座

銀行 支店  
金庫 支所  
農協 普通・貯蓄・当座

口座番号

口座名義 (カナ)

※カタカナでご記入ください。

\* ゆうちょ銀行口座への振込は下記へご記入ください。

振込口座

ゆうちょ銀行 1 普通 ・ 4 貯蓄 ・ 9 その他

口座番号 (通常番号) 記号 

--	--	--	--	--

 番号 

									1
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

(銀行 NET 番号) 店番 

		8
--	--	---

 番号 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

口座名義 (カナ)

※カタカナでご記入ください。