

# 請求書

年 月 日

（あて先）合志市長

住 所

氏 名

〔電話番号（ ） ー 〕

円

合志市がん患者アピアランスケア推進事業補助金について、上記のとおり請求いたします。

振込口座

銀行  
金庫  
農協

支店  
支所

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。