

# 請 求 書

請求日

年 月 日

(あて先) 長崎市長

下記の金額を請求します。

住 所 長 崎 市 町 番 号

商 号 社会福祉法人 会 保育園

氏 名 理事長



「補助金等交付申請書」に記入した住所・氏名と内容を合わせてください。代表者印も申請書と同一の物を使用してください。

振 替 先	金融機関名	支店(支所)名
	銀行 金庫・組合	支店
	預金種別	口座番号
	1.普通 2.当座 3.貯蓄 4.別段 (該当するものを印で囲んでください)	振込先の口座名義が請求者と異なる場合のみ、委任状が必要となります。 委任状はホームページ(長崎市フッ化物洗口のページ)からダウンロード出来ます。
	口座名義(カタカナで記入)	
	シャカイフクシハウジン カイ ホイクエンリジチョウ	

請求金額	百 十 億 千 百 十 万 千 百 十 円
	¥

(注)・金額の頭に¥をつけること。

・請求金額の改ざん、又は訂正をしてはならない。

件 名 長崎市フッ化物洗口薬剤等購入費補助金