

# 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。

理事長印の押印は不要です。

発行責任者	○○ ○○	電話	○○○-○○○○-○○○○
発行担当者	△△ △△	電話	△△△-△△△△-△△△△

電話番号は同一でも可。

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）				<div>振込先の口座名義が請求者と異 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 のページ）からダウンロードでき</div>			
	口座名義（カタカナで記入し							
シャカイフクシホウジン○○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