

受付確認者

# 請 求 書

八 女 市 長 様  
(子育て支援課)

[請求者]  
住 所

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

支払方法	窓口払・口座振込
	銀行 支店
預金種別	普通・当座
口座番号	
名義人	フリガナ

金額	百万	千	円
----	----	---	---

※頭に必ず[¥]を付けてください

氏名 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

[明細]

※法人の場合は、法人名・代表者(職名)名・担当者名・連絡先電話番号を記入してください。

納品月日	品名・名称及び規格	数量	単位	単 価(円)	金 額 (円)	摘 要
・	八女市産婦健康診査費助成金		回			
・						
・						
・						
・						
・						
・						
	合 計					[ 枚の内 枚目]