

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 <u>口座振込</u>
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

会社名・役職名・代表者名 TEL

担当者名 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
・	八女市新生児聴覚検査費助成金	1	回			
・						以下余白
・						
・						
・						
・						
・						
	合 計					[ 枚の内 枚目]