

請 求 書

(アラビア数字で記載し、頭書に¥の記号を付し、訂正しないでください。)

金 額		+		億		千		百		+		万		千		百		+		円
-----	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

ただし、骨髄移植ドナー等支援事業助成金（事業所）として

上記の金額を請求します。

年 月 日

香川県さぬき市長 大山茂樹 殿

債権者
住 所

氏 名

(法人にあつては
その名称及び
代表者の職氏名)

支払の 方 法	口 座 振替払 <input type="checkbox"/>	銀行 (支)店										現金払 <input type="checkbox"/>	隔地払 (県外) 送金 <input type="checkbox"/>	小切手 <input type="checkbox"/>
		預 金 種 目	当座 <input type="checkbox"/>	普通 <input type="checkbox"/>										
		フガナ												
		口座 名義												

お
ね
が
い

- 1 希望する支払の方法の□の箇所に✓印を付してください。
- 2 口座振替払は、預金口座のある金融機関の店舗名、口座番号及び口座名義を記載してください。なお、預金種目欄にあつては、該当する預金種目の□箇所に✓印を付してください。
- 3 請求者と受領者が委任により異なる場合は、受領権限についての委任状を添付してください。