請　　求　　書

年　　月　　日

秋　田　県　知　事
（　課名　　保 健 ・ 疾 病 対 策 課　）

債権者　住　　所
（電話番号）

商号又は名称

代表者氏名

次のとおり請求します。

請 求 金 額　　￥

内訳	契 約（指令）金 額	￥
	前　回　受　領　額	￥　０．－
	今　回　請　求　額	￥
	今 後 請 求 予定額	￥　０．－

経費の内訳　　令和６年度結核予防費補助金

（　　年　　月　　日付け指令保第　　号による補助金等）

支　払　方　法	口座振替払　・　隔地払　・　その他（　　）							
口座振替払の振込銀行及び口座番号	銀行　信用金庫　農協					本　店　支　店　出張所		当座預金　普通預金　他（　）
隔地払の 支払場所	~~銀行~~　~~支店~~							
摘　　要	本件の責任者 本件の担当者 本件の連絡先（共通）　TEL：　　Mail：							