

請 求 書

年 月 日

日付は空欄のまま提出
してください。

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	¥	3ヶ所全てに、確 定した請求額を 記入してください。 (3ヶ所とも同額を 記入します)
	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5年度結核予防費補助金

最新の交付決定(変更)
通知書の指令番号・年
月日を記入してください。

(年 月 日付け指令保第 号による補助金等)

支払方法	<input checked="" type="radio"/> 口座振替払 <input type="radio"/> 隔地払 <input type="radio"/> 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						本店	当座預金 普通預金 他()
	農協						支店 出張所	
隔地払の支払場所	—銀行—			—支店—				
摘要								