|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **請求書**  令和　　年　　月　　日  （あて先）秋田県知事    （課名　健康づくり推進課）  債権者 住　　　　所  （ＴＥＬ：　　　　　－　　　　　－　　　　　）  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 | |  | | | | | | | |
| 今　回 請　求　額 | |  | | | | | | | |
| 今後請求予定額 | |  | | | | | | | |
| 経費の内訳  秋田県若年がん患者在宅療養支援事業助成金として | | | | | | | | | | |
| 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 　　　支店 | | | | | | | | 当  普  別 |
|  | |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人  ※カタカナで記載 | |  | | | | | | | | |
| 隔地払の支払場所 | | 銀行 支店 | | | | | | | | |
| 摘　要 | | | | | | | | | | |