|  |
| --- |
| **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 |