|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請　求　書  令和　　年　　月　　日  （あて先）秋田県知事  　（　課(所)名　福祉政策課　）  　　　　　債権者 住　　　　所  　　　　　（ＴＥＬ）  　　　　　商号又は名称  　　　　　代表者職・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  （ 令和 　年　　月　　日付け　指令福政－ 　 － 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 支店 | | | | | | | | 当  普  別 |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| 隔地払の支払場所 | | 銀行 支店 | | | | | | | | |
| 摘　要 | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 本件の責任者 | 担当者（※責任者と同じ場合は同左でも可） |
| 住所 |  |  |
| 所属 |  |  |
| 役職・氏名 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連絡先電話番号 |  | 連絡先メールアドレス |  |

※交付申請書に記載したメールアドレスをご記載ください。また、メールにて請求書を提出する場合は

必ず当該アドレスから送信してください。

|  |
| --- |
| 【県担当者使用欄】令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　により確認・受領  　　　　　　　　　健康福祉部　福祉政策課（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |