|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求書(概算払・前金払)  年　　月　　日  　（宛先）秋田県知事  　　(課名　長寿社会課) | | | | | | | | | | |
| 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 | | ￥ | | | | | | | |
| 前回までの受領額 | | ￥ | | | | | | | |
| 今回請求額 | | ￥ | | | | | | | |
| 今後請求予定額 | | ￥ | | | | | | | |
| 経費の内訳　　　秋田県介護テクノロジー活用支援事業費補助金として  対象事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　(　　年　　月　　日付け指令長寿－　　　　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（店番：　　　　） | | | | | | | | 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  本件の責任者連絡先（住所、所属、職氏名、電話番号、メールアドレス）  本件の担当者連絡先（住所、所属、職氏名、電話番号、メールアドレス）  **※****責任者及び担当者の情報を必ず記載してください。**  **※　責任者及び担当者が同一の場合は、記載は一行で構いません。** | | | | | | | | | | |

様式９