第９号様式

**請　　求　　書**

　　年　　月　　日

千歳市介護予防センター長　様

団体名

住　所

代表者　役　職

氏　名　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり請求します。

**件名　千歳市介護予防サロン事業運営費補助について**

**請求金額　　　　　　　　円**

|  |
| --- |
| 請求内訳等 |
|  |
|  |
|  |

振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | |  | | 本･支店名 | | | |  | | | | |
| 預金種目 | １普通　２当座　３(　　　　)  ※○で囲んでください。 | | 口座番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | | | |

※請求者と口座名義が異なるときは委任状等の添付が必要です。