

(別記様式第5号)

請 求 書

令和 年 月 日

長井市長 内谷 重治 様

債権者

住所 〒993-

長井市

氏 名

印

電話番号

長井市不育症治療費助成事業補助金として下記の金額を請求します。

金額 円

口座振替依頼	
振替先金融機関名及び口座番号	
銀行	支店
信用金庫	支店
労働金庫	支店
信用組合	出張所
口座番号	普通 ----- 当座
口座名義	