

請 求 書

(アラビア数字で記載し、頭書に¥の記号を付し、訂正しないでください。)

金 額		十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

ただし、令和 年度高齢者の生きがいと健康づくり事業費
内訳 (令和 年度全国健康福祉祭選抜支援事業)助成金として

上記の金額を請求します

令和 年 月 日

公益財団法人 かがわ健康福祉機構理事長 殿

住 所

債権者

(フリガナ) 氏名 } 法人にあつては、その
名称及び代表者の職
氏名
押印は不要です。

振込先 口座	銀行 店										
	預金 種目	当座 <input type="checkbox"/>	普通 <input type="checkbox"/>	口座 番号							
	(フリガナ)										
	口座 名義										

担当者氏名 _____

連絡先(電話番号) _____

- 1 希望する支払の方法の□の箇所にレ印を付してください。
- 2 預金口座のある金融機関の店舗名、口座番号及び口座名義を記載してください。
- 3 請求者と受領者が委任により異なる場合は、受領権限についての委任状を添付してください。