

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。