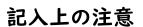
請求書





袋井市長

請求者 住所 氏名 電話

年 日付け袋井市指令健お第 **※** 号により補助金の交付の決定を受けた 袋井市不育症治療費補助金として、次のとおり請求します。

金	円

	振	込	先			
金融機関名		銀	行			
		信用	金庫			本店
		農業協同組合		士比力		支店
		労 働	金庫	支店名		
	金融機関コート゛4 桁			支店コート゛3桁		
	()			()
口座種別	普通	•	当座	• ()	
口座番号						
フリガナ						
口座名義人						

※申請書の方の名義の口座をご記入下さい。