

請 求 書

年 月 日

熊 本 市 長 様

金 額						
-----	--	--	--	--	--	--

年 月 日付け雇対発第 号にて決定された熊本市障がい者・母子家庭の母等・高年齢者雇用奨励金として上記のとおり請求いたします。

住所

事業所名

代表者氏名

電話番号 () —

印

振 込 先

金 融 機 関 名	銀 行								
	金 庫		店						
口 座 の 種 別	当座 ・ 普通	口座番号							
口 座 名 義	フリガナ								