別紙　５

　　年度結核予防費補助金交付請求書

熊本市長　様

　　　年　　月　　日付熊本市指令第　　　号で確定の通知があった結核予防費補助金として、下記の金額を交付されるよう請求します。

記

請求額　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　円

＊振込み口座

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀行 | 店 |
| （店番　　　　　　） | （支店番号　　　　　） |
| 口座番号 | 口座種別（ 普通預金　･　当座預金 ） |
| 口座番号 |
| 口座名義 | ｶﾀｶﾅで記入 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

申請者

住　所

名　称

代表者