

請 求 書

金 額						
-----	--	--	--	--	--	--

ただし、小松市介護施設職員教育訓練支援事業補助金
(平成 年 月 日 小松市指令第 号による)

決定額 _____ 円

受領済額 _____ 円

今回請求額 _____ 円

上記の金額を請求します。

平成 年 月 日

(あて先) 小 松 市 長

〒923-

住 所 _____

氏 名 _____ 印

連絡先 T e l (_____)

金 融 機 関	支 店 名	預 金 種 別
銀行 信用金庫 農協	支所 支店	1. 普通・総合 2. 当座預金 3. その他
口 座 番 号	口 座 名 義 (カ ナ)	