年　　月　　日

鹿角市長　様

住所

氏名　　㊞

請　　求　　書

下記のとおりご請求申し上げます。

指令番号	助成金名称	金額
	鹿角市医療用補正具購入費助成金	円

<table>
<tr><td rowspan="3">振込先</td><td>金　融
機関名</td><td colspan="2">銀　行
金　庫
農　協
信用組合</td><td>本　店
支　店
支　所
出張所</td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td>普通　・　当座</td><td>口座番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">口座名義</td><td colspan="3">カタカナ</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
</table>

記入例

年　　月　　日

＊日付は記入しないでください。

鹿角市長　様

住所　鹿角市花輪字下花輪５０番地

氏名　鹿角　花子　　印

申請者様の氏名を記入してください。

請　　求　　書

＊この欄には記入しないでください。

下記のとおりご請求申し上げます。

指令番号	助成金名称	金額
	鹿角市医療用補正具購入費助成金	円

振込先	金　融 機関名	○○○○ 銀　行 / 金　庫 / 農　協 / 信用組合		××　本　店 / 支　店 / 支　所 / 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	123456
	口座名義	カヅノ　ハナコ 鹿角　花子		

振込先は、申請者様名義の口座を記入してください。