

# 請求書及び口座振替申出書

受付印

唐津市長 様

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※電話番号は必ず記載してください。

下記のとおりご請求申し上げます

請 求 金 額									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

件名

唐津市がん患者医療用補正具購入費助成金

内訳

支払方法（希望される支払方法にを記入してください。）

窓口払

口座振込 振込みは、下記口座にお振込みください。

金融機関名	
支 店 名	
預 金 種 別	普通・当座・貯蓄・別段
口 座 番 号	
フリガナ 口 座 名 義	