

請求書及び口座振替申出書

※の箇所は申請時に確認しますので、空白でお願いします。

唐津市長 様

| |
|-------|
| 受 付 印 |
| |

※令和 年 月 日

住 所 唐津市二夕子1丁目5番1号
氏 名 唐津 花子
電話番号 75-5161

※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 | 唐津銀行 |
| 支 店 名 | 二夕子支店 |
| 預 金 種 別 | 普通・当座・貯蓄・別段 |
| 口 座 番 号 | 0 1 1 1 1 1 1 |
| フリガナ 口 座 名 義 | カラツ ハナコ 唐津 花子 |