

受理受付印

請求日 年 月 日

印

右の金額を請求します。	請求金額									
-------------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

摘 要	
補 助 事 業 名	年度 那賀町医療従事者就職支援金
補助指令金額	円
補助指令年月日	年 月 日
補助指令番号	那賀町指令 第 号
既 受 領 額	円
今 回 請 求 額	円
残 額	円
請 求 区 分	1 前払い 2 概算 3 精算

口座振込先

金融機関名 () 店舗名 ()

預金種別 (1. 普通 2. 当座 3. その他)

口座番号

--	--	--	--	--	--	--

口座名義 (カタカナ書き)

()