

様式第3号

請 求 書

金 円

ただし、 年 月 日付け 第 号により補助金の交付の確定を受けた骨髄移植推進事業費補助金として、上記のとおり請求します。

年 月 日

(あて先) 掛川市長

請求者 住所
氏名

㊞

口座振替先金融機関名

支店名

口座種別

口座番号

口座名義人