様式第４号（第１２条関係）

請　　求　　書

　　年　　月　　日

下　関　市　長　　様

申請者　　所在地

名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

（個人の場合は住所、氏名）

事業所　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　年　　月　　日付け下保医第　　　　　号確定通知による、　　　　年度結核予防事業補助金として、次の額を交付されるよう請求します。

一金　　　　　　　　　　　　円也

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 口座振替銀行 | 銀　　　　　行  信用金庫・組合　　　　　　　支店（支所） | |
| １　普　通 | ２　当　座 |
| No. | |
| 口座名義人（カタカナ） | |