**請　求　書**　（　一　般　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　　額  （頭に￥を入れる） | 十 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

令和　　　年　　　月　　　日

大牟田市長 あて

上記の金額を請求します

ただし、内訳のとおり

〒　　　－

住　　　　　所

（ 法 人 名 ）

氏名（代表者）

担当者　　　　 電話番号

内　　訳

大牟田市アピアランスケア推進事業助成金

請求書受付

受取方法　１．現金

２．口座振替（当市に債権者登録をしていない方及び複数の  
口座を登録している方は下記も記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行 本店・支店 | | | | | | | | |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | |