黄色のマーカー部分のみ入力をして提出してください

請　求　書

年　　月　　日

宇和島市長　様

（連絡先）TEL

（住　所）

（氏　名）

※ 発行責任者氏名
担当者氏名
担当者連絡先　TEL

下記のとおり請求します。

金　額	

支　払 方　法	直接払	振込先（銀行名等）
	口座振込	口座名義人（カタカナ）

（摘要）

月分介護保険離島対策事業費補助金
宇高指令第　　号

内　訳　書

納入月日	品　名	数量	単位	単　価	金　額
年　月　日				円	円
合　計					

※請求者が法人、個人事業主または任意団体で押印を省略する場合は記入してください。

（市使用欄）	確　認　欄
□ 郵送 □ 窓口	