令和　年　月　日

請　求　書

宮崎県知事　河野　俊嗣　殿

下記のとおり請求します。

金額　￥　　　　，

ただし、令和 年度在宅歯科医療推進設備整備事業の補助金として

口座振替申出

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 預金種別 |  |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 |  |
| 口座名義（カナ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 |  |
| 連絡先 |  |

令和　年　月 日

参 考

請　求　書

宮崎県知事　河野　俊嗣　殿

宮崎市神宮西○○番地

○○歯科医院

院長　○○　○○

**押印不要**

下記のとおり請求します。

金額　￥１２３，０００

ただし、令和４年度在宅歯科医療推進設備整備事業の補助金として

口座振替申出

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | ひなた銀行　神宮支店 |
| 預金種別 | 普通預金 |
| 口座番号 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ |
| 口座名義 | ○○歯科医院　院長　○○　○○ |
| 口座名義（カナ） | ○ | ○ | シ | カ | イ | イ | ン |  | イ | ン | チ | ョ | ウ |  | ○ |
| ○ |  | ○ | ○ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 | ○○　○○ |
| 連絡先 | 電話　　0985-○○-○○○○電子メール　　○○@○○.jp |

**追加**