

墨田区長 あて

申請者

法人所在地 墨田区吾妻橋〇-×-
法人名 墨田区役所会すみだ
代表者職氏名 代表理事 墨田 太郎

代表者
印

墨田区高齢者及び障害者(児)施設におけるPCR検査費用助成請求書兼口座振替依頼書

墨田区高齢者及び障害者(児)施設におけるPCR検査費用助成事業実施要綱第6条の交付決定に基づき、支払を請求しますので、下記の口座に振り込んでください。

記

事業所名	墨田区役所保健事業所
所在地	〒130-8640 墨田区吾妻橋 -×- 電話：03(5608)****
請求金額	金 000,000 円

振込を希望する口座振込先を記載ください。

振込先口座										
墨田	銀行 信用金庫 農協		吾妻橋				支店 出張所	預金 種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
口座番号 (右詰で記入)	0	1	2	3	4	5	6	(カタカナ) 口座名義	スミダ タロウ 墨田 太郎	

注) 原則、法人代表者名義の口座を記載ください。

【添付書類】

申込先口座の記載のある通帳(写し)