

# 請求書

金 円

ただし、 年度結核予防費(健康診断)県費補助金

上記のとおり請求します。

年 月 日

奈良県知事 殿

法人等の所在地

法人等名称

代表者職・氏名

学校又は施設の所在地及び名称

振込先銀行名	
銀行	支店
預金種別及び口座番号	
預金	号
ふりがな	
-----	
口座名義人	