

【 様 式 3 】

請 求 書

年 月 日

社会福祉法人
福岡市社会福祉協議会会長 様

法人住所
法人名
代表者氏名

印

請求額 _____ 円

ただし、 _____ 年度独立行政法人福祉医療機構資金借入金利子 補助金として

1. 銀行口座振込依頼先

- ・銀行名 _____ 銀行 _____ 本店 _____ 支店
- ・口座番号 1 普通預金 _____
2 当座預金 _____
番号 _____
- ・口座名義 (フリガナ) _____
名義 _____

2. 添付書類

- (1) 元利償還金払込領収書 (写) または元利償還金振替銀行口座通帳 (記帳箇所の写真)
- (2) 上記振込口座番号等が確認できる通帳表紙及び、1枚目の写し