

請 求 書

金 額	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

品 名	金 額	備 考
鎌倉市介護従事者資格取得補助金	円	

上記の金額を請求します。

なお、請求金額は、口座振替の方法により下記の私名義の口座に振込んでください。

令和 年 月 日

住所

氏名

⑩

(あて先) 鎌倉市長

銀行名	口座名義 (カタカナで記入してください)	備 考
支店名	<input type="checkbox"/> 当座 口座番号 <input type="checkbox"/> 普通	