請　　求　　書

登録番号

令和　　年　　月　　日

（宛先）秋田市長

　　　　　　　　　　　　　所在地又は住所

　　　　　　　　　　　　　施設名又は法人名等

施設名又は法人名等

代表者職・氏名

施設名又は法人名等

　　令和４年度秋田市在宅子育てサポート事業補助金（多子世帯サポートクーポン券分）　　月分として、下記のとおり請求します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象プラン | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | 在宅ママ・パパのゆっくりプラン | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | 親子の絵本プラン | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | なかよし親子でおでかけプラン | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | はいポーズ！プラン | | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | |  | 急な病気でも安心プラン |  |  |  | | --- | --- | |  | いつでもお助けタクシープラン |  |  |  | | --- | --- | |  | 親子でランチクッキングプラン | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求額 | |  | |  | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | 円 |
| 振  込  先 | 金融機関名 | 銀行 本・支店 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預金種別 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | 普　　通 | | | | |  | 当　　座 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

・発行責任者（役職　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（連絡先 / E-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・担　当　者（担当　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（連絡先 / E-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　　）