

〔様式第11号〕

大阪市結核定期健康診断補助金交付請求書

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

住所
氏名

次のとおり請求します。

[illegible]

※金額の前には必ず¥を付けてください。

☐債権者登録済の金融機関の口座に振り込んでください。

債権者番号	指定口座
-------	------

☐次に指定する金融機関の口座に振り込んでください。

金融機関名称		支店名称	
預金種別		口座番号	
フリガナ 口座名義			

本市記入欄

印影等照合先（契約番号等）		執行主管コード		支出命令番号	
業務区分	☐ 歳出	☐ 歳入	☐ 歳計	外	☐ 基金