**請　　求　　書**

**金　　　　　　　　　　円**

　　　ただし、**令和６年度埼玉県病院内保育所運営費補助金（概算払）**

として上記金額を支払われたく請求します。

　令和　年　　月 　日

 〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　埼玉県〇市〇丁目〇－〇

 職名

 氏名

　（ あ て 先 ）

　　　　　　　埼 玉 県 知 事　 　大　野　元　裕

|  |
| --- |
| 下記の銀行預金口座に振り替えてください。 |
| 区分 | 　　　　　　　　銀行 　 支店 |
| 普通No. |  当座No. |
|  | 埼玉県登録債権者コード※ |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　 |
| 名義人 |  |

○添付書類　通帳の写し（振込先金融機関、口座番号、名義等が確認できるもの）

　　　 ※埼玉県に債権者登録をしていない場合は空欄で構いません。