

令和 年 月 日

加古川市長 様

〒

住所

事業者名

代表者名

電話番号

加古川市省エネ診断受診支援負担金交付請求書

加古川市省エネ診断受診支援負担金について、次のとおり関係書類を添えて請求します。

請求金額		金 円									
診断を受けた事業所の住所		加古川市									
振替先金融機関		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協					<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所				
種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	店番号				口座番号					
フリガナ											
口座名義											

※関係書類

- ・診断に要した費用が確認できる書類（領収書等）のコピー
- ・市内の事業所を診断したことが確認できる書類（診断報告書等）のコピー
- ・振込先が確認できる書類のコピー