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 | □銀行　□信用金庫□信用組合　□農協 | □本店□支店□支所 |
| 種別 | * 普通
* 当座
* 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