# 請　　求　　書

年　　月　　日

会　津　若　松　市　長

所在地
会社名（氏名）
代表者職氏名
電話番号

会津若松市地域交通事業者緊急支援金（バス・タクシー対策）について、次のとおり請求します。

１　金　額

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

２　振込先

<table>
<tr><td rowspan="3">振込先</td><td>金融機関</td><td colspan="3">銀行　本店<br>信金　労金　支店<br>農協　信組　営業部</td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td>普通　当座</td><td>口座番号</td><td></td></tr>
<tr><td>口座名義<br>(フリガナ)</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

※請求者が法人の場合、以下を記入してください。
発行責任者職氏名
担当者職氏名
連絡先電話番号