



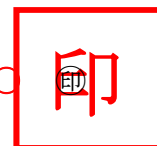
第8号様式

成田市医療従事者等慰労金振込手数料請求書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 成田市長

請求者(法人名) 医療法人〇〇会〇〇病院
(役職・代表者名) 病院長 〇〇 〇〇



住 所 成田市〇〇 〇〇-〇〇
電話番号 0476-〇〇-〇〇〇〇

次のとおり、振込手数料相当額について関係書類を添えて提出します。

記

1. 請 求 額 : 金 〇〇 円
2. 振 込 口 座 : 慰労金の振込口座と同じ

(関係書類)

1. 要した振込手数料にかかる証憑書類(写し可)

【請求内容に関する連絡先】

部署名		〇〇部〇〇課
担当者氏名		〇〇 〇〇
連絡先	電話番号	0476-〇〇-〇〇〇〇
	e-mail	〇〇@〇〇 j p