

様式第6（第14条関係）

小牧市民病院ホームページ広告掲載料還付請求書

年 月 日

（宛先）小牧市病院事業管理者

申込者

（住所又は所在地）

（氏名又は名称及び代表者氏名）

㊞

（連絡先）

担当者

TEL/FAX

E-mail

年 月 日付け 第 号にて決定された小牧市民病院ホームページへの広告掲載に係る広告掲載料について、小牧市民病院ホームページ広告掲載要領第14条の規定に基づき、次のとおり還付を請求します。

還付請求期間	年 月 日から 年 月 日まで（計 月）
請求金額	円
振込金融機関	銀行 本店
	農業協同組合 支店
	金庫 支所
	信用組合
	預金種目 1 普通 2 当座
	支店番号 口座番号
	口座名義人(カタカナ)

備考 口座名義人は、請求者本人としてください。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。