様式3

土佐の夢話想がん基金物品購入助成金　購入物品明細書

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 住所 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
|  |
| 購入物品（商品名・個数） | 　 |
| 購入金額（税込） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円(事業所負担額　　　　　　　　　　　　円） |
| 購入日 | 　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 購入費振込先 | 　　　銀行名　　　　　　　　　　　 |
| 　　　支店名 |
| 　　　預金種目　　　　　普通　　　・　　当座　　　 |
| 　　　口座番号 |
| 　　　口座名 |

必要事項を記入の上、納品書・請求書・領収書の写しを同封し、事務局へお送りください。

土佐の夢話想がん基金審議委員会　事務局

　　　〒780-0935　高知県高知市旭町1丁目39-16フォートヒル102-601号

　　　　　　　　　　　　　　　TEL　090-1575-4013　（担当：川澤）