

(5) お支払い通知書

年 月 日

様

消防本部

消防長



お支払い通知書

応急手当に係る感染検査費用見舞金として以下の金額をお支払しますので、お知らせいたします。

お支払い額

¥ 25,000

敬称略

支給対象者名	
振込先金融機関名	
支店名	
口座の種類	
口座番号	
口座名義(カナ)	

住所	〒
電話番号 消防本部名 担当者	

以上