

契 約 保 証 金 還 付 請 求 書

令和 年 ( 年) 月 日

豊中市病院事業管理者 様

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

印

下記のとおり契約保証金の還付を請求します。

記

1. 請 求 金 額      ¥ \_\_\_\_\_

2. 契約名 (工事名等)

\_\_\_\_\_

\*市立豊中病院債権者登録先以外に口座振込を希望される場合に記入してください。

振込金融機関名	銀行・金庫		支店
預 金 種 別	普通・当座	口座番号	
口 座 名 義 人			