様式４

企画提案書

年　　月　　日

関　市　長　　様

住所又は所在地
商号又は名称
代表者職氏名　　印
電　話　番　号　　－　　－

次の件について、企画提案をします。

件　名：関市定額減税補足給付金（不足額給付）支給業務委託

＜連絡担当者＞
所　　属
氏　　名
電話番号
ＦＡＸ番号
Ｅ－ｍａｉｌ