請　求　書

金　額	千	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

ただし，仙台市がん患者医療用ウィッグ購入費助成金として（内訳のとおり）

内訳					
品　名	規　格	単位	数量	単　価	金　額
				円	円
仙台市（Ｒ３健保健）指令第　　　号					
仙台市がん患者医療用 ウィッグ購入費助成金					
小　　計					
消費税及び地方消費税					
合　　計					

上記（裏面）の金額を請求します。

令和　　年　　月　　日

（あて先）仙台市（区）長

住所

□ 登録債権者ですので指定した方法でお支払いください。

（債権者電話番号下４桁）

氏名　　　　　　　　　　㊞

㊞

電話　（　　　　　　　　　　）

□ 口座を複数登録していますので
☑ 登録していませんので
｝右のとおり振込してください。

（上記のいずれかに☑印をつけてください）

振込先銀行	銀行　　　　　　店										
	1　普通 2　当座	口座番号									
口座名義	フリガナ										

注
1　金額は，アラビア数字で記入してください。
2　首標金額の訂正は認めません。
3　首標金額の一桁上位の欄に￥印を記入してください。

請　求　内　訳

品　　　名	規格	単位	数量	単　価	金　　　額
				円	円

小　　　計	
消費税及び地方消費税額	
合　　　計	

領　収　書

令和　　年　　月　　日

（あて先）仙台市（区）会計管理者

請求書首標の金額を領収しました。

住所 ....

氏名 .... ㊞　㊞