

請 求 書

金 額	千	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

ただし、不育症検査費用助成事業として

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					
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。

氏名

（債権者電話番号下4桁）

--	--	--	--

電話 (.....

口座を複数登録していますので } 右のとおり振込
 登録していませんので } 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

口座
名義

- 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 首標金額の桁上位の欄に〒印を記入してください。