

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（R6 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。

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	口座 番号													
2	当座														
フリガナ															

口座名義

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