

請 求 書

金額	千	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

ただし、仙台市里帰り等妊産婦健康診査・新生児聴覚検査補助金として (内訳のとおり)

内 訳						
品 名	規 格	単 位	数 量	単 価	金 額	
				円	円	
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

<input type="checkbox"/> 口座を複数登録していますので } 右のとおり振込 <input checked="" type="checkbox"/> 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												支店	
		① 普通	口座											番号	
	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。