

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・1 か月児健康診査補助金として

(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 _____

☐ 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	支店
	① 普通 ② 当座	口座 番号	
	フリガナ		

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。

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。