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　価円 | 金　　　額円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  | 支店 |
|  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。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |