

請 求 書

金 額	千	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ただし、仙台市里帰り等健診・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

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									
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。