

請 求 書

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

ただし、不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金として

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 _____ 印
 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）

		銀行 店									
		1	普通	口座							
振込先銀行	当座	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。