

# 請 求 書

金 額	千	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

ただし、.....仙台市不妊治療費助成事業.....助成金.....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 仙台市.....

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 .....

<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 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。