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

ただし，仙台市小児慢性特定疾病通院介護料として

**請求書**

(　　　)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 内　　　　　　　　訳 | | | | |
| 件　　名 | 単位 | 数量 | 単　　価 | 金　　額 |
| 仙台市小児慢性特定疾病通院介護料 | 日 |  | 1,500円 | 円 |
|  |  |  |  |  |
| 仙台市(　　　)指令第　　　　　　　号 | |  |  | 円 |

上記の金額を請求します。

　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

(あて先)　仙台市(区)長

　住所

氏名

(電話　　　　　　　　　　　)

認定番号

受給者番号

下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 銀行名 |  | | | | | 預金種目 | |  | | | | | |
| 支店名 |  | | | | | 口座番号 | |  | | | | | |
| 金　　　　額 | | | 千 | 百 | 十 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 振込人 | 仙台市会計管理者 | | | | | | | | | | | | | |
| 取扱局(区) | | | | | | | | | | | | | |