|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　額 | 千 | 百 | 十 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百**記入しないでください** | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **記入しないでください** |

ただし，仙台市小児慢性特定疾病通院介護料として

**記入例**

**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 |  | **記入しないでください** | 円 |

上記の金額を請求します。

　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

**記入しないでください**

(あて先)　仙台市(区)長

　住所　　　**仙台市青葉区国分町３丁目７－１**

氏名　　**仙台　太郎**

(電話　**０２２－２６１－１１１１**)

**申請者名と口座名義の氏名は、支給申請書の申請者と同じ氏名をご記入ください。**

認定番号

受給者番号　　**1234567**

下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 銀行名 | **○○銀行** | 預金種目 | **普通** |
| 支店名 | **△△支店** | 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　**センダイ　　タロウ****記入しないでください** |
| **仙台　太郎** |
| 振込人 | 仙台市会計管理者 |
| 取扱局(区)　 　  |