

# 請 求 書

金額	千	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ただし、不育症検査費用助成事業助成金として

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 .....

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 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 店										
	1 普通	口座										
	2 当座	番号										
注	口座名義	フリガナ										
	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。											