請　求　書

金額	千	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

助成決定後、こちらで記入いたしますので、記入しないでください。

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

記入不要です。

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。

記入しないでください。

令和　年　月　日

（あて先）仙台市（区）長

住所

仙台市●●区●●●

記入してください。

氏名　○○　○○　←申請者名

電話　（●●●－●●●－●●●●）

☐ 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）

☐ 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）

振込先銀行	銀行　店									
	1 普通 2 当座	口座番号	記入してください。							
口座名義	フリガナ	※申請者と口座名義人が異なる場合は、								
		委任状が必要です。								

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。