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

氏名

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
☑ 登録していませんので
右のとおり振込してください。

（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。