

捨印

請 求 書

千円未満は切り捨てとなります。

金 額	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円
			¥	1	5	0	0	0	0	0	

上記の金額を請求します。
上記の請求金額を次の口座に振込願います。

口座名義はカタカナで記入ください。

金 沢 銀行	金 沢 市 役 所 支 店	普 通 預 金	口 座 番 号
			1 2 3 4 5 6
口 座 名 義 (カ ナ)	フク) カナザワ		

日付は空欄のまま
でお願いします。

令和 年 月 日

(あて先) 金 沢 市 長

〒 920 - 8577

住 所 金 沢 市 広 坂 1 - 1 - 1

社会福祉法人 金 沢

氏 名 理 事 長 金 沢 太 郎

TEL (076) 220 - 1234

申請書と同じ印(代表者印)を押してください。

内 訳

番 号	品 名	規 格	等 単	価 数	量 単	位 金	額
1	令和2年度後期における金沢市介護サービス事業所等感染症防止対策費補助金			—	式		150,000
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

課 名 介 護 保 険 課

消 費 税 額

発 議 番 号

全 銀 協 コー ド

合 計

150,000

(金沢市提出用)