

請 求 書

金 額	
-----	--

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。

銀行	支店	預金	口 座 番 号			
			⋮	⋮	⋮	⋮
口座名義 (フリガナ)						

年 月 日

(宛先) 金沢市長

〒 ー 住所

氏名 印

TEL () ー

内 訳

番号	品 名	規 格 等	単 価	数 量	単 位	金 額
1	金沢市骨髓等ドナー助成金			1	式	
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
課 名 地域保健課						消 費 税 額
発議番号						全銀協コード
						合 計

(金沢市提出用)

記入見本

請 求 書

金 額	金額を記入しないでください。
-----	----------------

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。

〇〇	銀行	〇〇	支店	〇〇	預金	口 座 番 号					
						1	1	1	1	1	1
口座名義 (フリガナ)	カナザワ タロウ										

(宛先) 金沢市長

カタカナで
記入してください。

年 月 日
 日付は記入しないでください。

〒 920 - 0000

住所 金沢市〇〇1丁目1番1号

交付申請書と
同じ住所等を
記入してくだ
さい。

氏名 金沢 太郎

認印

TEL (076) 220 - 〇〇〇〇

赤字の部分のみ記入し、
押印してください。

内 訳

番号	品 名	規 格 等	単 価	数 量	単 位	金 額
1	金沢市	記入しないでください。				
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
課 名 地域保健課			消費 税 額			
発議番号			全銀協コー ド		合 計	

(金沢市提出用)