

請 求 書

金 額	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円
							¥	6	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。

□□	銀行	△△	支店	普通 預金	口 座 番 号						
						1	2	3	4	5	6
口 座 名 義 (カ ナ)		カナザワ □□□									

(宛先) 金 沢 市 長

日付は記載不要

令和 年 月 日

住 所 金 沢 市 広 坂 1 - 1 - 1

申請者本人(高齢者の方など)と
口座名義人は同じ方
になります

氏 名 金 沢 ○○

TEL (076) 220 - ××××

【担当者】 ☒ (上記と同一なら□にチェックしてください)

氏 名

TEL () -

内 訳

番号	品 名	規 格 等	単 価	数 量	単 位	金 額
1	特殊詐欺被害防止対策機器購入補助金			1	台	6,000
2	補助金の交付申請額を記載 ・購入金額の1/2(上限10,000円) ・千円未満切り捨て ○ は、同じ金額を記載					
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

課 名 ダイバーシティ人権政策課

発議番号

消 費 税 額

合 計

6,000

(金沢市提出用)