

# 請 求 書

金 額	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

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 番 号																				
銀 行	支 店	預 金	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																				
口 座 名 義 ( カ ナ )																							

令和 年 月 日

(宛先) 金 沢 市 長

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

Tel (       )       -       \_\_\_\_\_

【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	福祉用具購入費負担金				1	式	
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

課 名 介護保険課

発議番号 \_\_\_\_\_

消 費 税 額

合 計

(金沢市提出用)