

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。

銀行	支店	預金	口 座 番 号			
口座名義 (カナ)						

令和 年 月 日

(宛先) 金 沢 市 長

住 所

氏 名

〒 () -

【担当者】 (上記と同一ならにチェックしてください)

氏 名

〒 () -

内 訳

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

(金沢市提出用)

記入見本

請 求 書

金額	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円
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。

〇〇〇	銀行	△△△	支店	□□	預金	口 座 番 号							
							1	2	3	4	5	6	7
口座名義 (カナ)		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。

赤字の部分のみ記入
してください。

令和 年 月 日

日付は記入しないでください。

住所 金沢市広坂1丁目1番1号

氏名 金沢 太郎

TEL (〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

【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	金沢市保健課 地域保健課			1	枚		
2	記入しないでください。						
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

課 名 地域保健課

発議番号

消費税額

合 計

(金沢市提出用)