

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

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	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。

○○○	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

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

力タカナで
記入してください。赤字の部分のみ記入し
てください。【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	金沢市保健福祉課 口頭会			1	一	
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

記入しないでください。

課名 地域保健課

消費税額

発議番号

合計

(金沢市提出用)