

# 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】☐ (上記と同一なら口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	金沢市ひとり親家庭大学等進学支援事業補助金				1	式	
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
課 名 子育て支援課							消 費 税 額
発議番号							合 計

(金沢市提出用)