

# 請 求 書

※

金 額		十億		百万		千		円
-----	--	----	--	----	--	---	--	---

	品 名 等	規格・寸法	数 量	単 価	金 額
た だ し	新生児聴覚検査県外受診補助金				

上記のとおり請求します、下記預金口座にお振込みください。

① -

令和 年 月 日

住 所

電話番号

氏 名

(あて先) 松本市長 臥雲 義尚 様

取引金融機関名

支店名

フリガナ

口座名義

預金種別

普・当

口座番号

直接現金で請求金額を受け取った場合は、下段の領収欄に記入してください。(氏名は自筆以外要押印)

上記請求金額を領収しました。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

(あて先) 松本市会計管理者 様

収入印紙

貼付欄

- 1 請求明細(ただし書)は、裏面を使用することができます。
- 2 ※欄に数字、カナ等(伝票番号等)を記入していただくと振込通知書の契約番号欄にその数字等を表示します。

