

請求書

(宛先) 高崎市長

先頭に「¥」を付けてください。

金額		億	十	百	十	万	千	百	十	円
	¥	4	2	6	6	0	0	0		

上記金額の支払いを請求します。

〒 370 - 0829

住所 高崎市高松町5番地28

フリガナ 医療法人〇〇会 〇〇病院  
 氏名 理事長 高崎 太郎

押印省略可

電話番号 027 - 123 - 4567

※預金通帳を確認のうえご記入ください。

振込み先	
金融機関名	〇〇銀行
支店名	〇〇支店
種別	普通・当座
番号	0123456
口座名義 (カタカナで)	医療法人〇〇会 〇〇病院 理事長 高崎 太郎

注 2 1 金額は訂正しないでください。金額の前に¥の字を記入してください。

請求日 令和

「請求日」及び「納入年月日」は空欄としてください。

NO	品名または名称・規格	数量	単価	金額	納入年月日
	令和6年度 高崎市救急医療体制整備補助金				・
	地域医療連携強化促進事業			¥60,000	・
	救急患者受入促進事業			¥3,486,000	・
	救急医療情報システム運用支援 事業			¥720,000	・
					・
					・
					・
					・
					・
				¥4,266,000	・

○ 押印を省略する場合は必ず記入してください。  
 ○ 請求書に押印がある場合には、記入不要です。

・発行責任者とは、請求書発行の責任を有する者です。  
 (例: 営業部長〇〇 〇〇、経理部長〇〇 〇〇)

・担当者とは、本件に関する事務を担当する者です。  
 (例: 主任〇〇 〇〇、経理担当〇〇 〇〇)

・発行責任者及び担当者は同一人物でも構いません。

・押印を省略した請求書は、電子メールによる提出も可能です。

先頭に「¥」を付けてください。

発行責任者及び担当者 (請求書の押印を省略する場合には、ご記入ください。)

・発行責任者: (電話番号)

・担当者: (電話番号)

検	
収	