

請 求 書

(宛先) 高 崎 市 長

先頭に「¥」を付けてください。

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。

金 額	億	千	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。

〒 3 7 0 - 0 8 2 9

住 所 高崎市高松町 5 番地 2 8

フリガナ イリヨウホクシン〇〇カイ 〇〇ビョウイン リジチョウ タカサキ タロウ
氏 名 医療法人〇〇会 〇〇病院
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	0 1 2 3 4 5 6
口座名義 (カタカナで)	イリヨウホクシン〇〇カイ 〇〇ビョウ イン リジチョウ タカサキ タロウ

請求日

「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7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	・ ・
					・ ・
					・ ・
					・ ・
					・ ・
					・ ・
					・ ・
合 計				¥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。

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