請　　求　　書

（宛先）高 崎 市 長

先頭に「¥」を付けてください。

注
１ 金額は訂正しないでください。
２ 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２８

フリガナ　ｲﾘｮｳﾎｳｼﾞﾝ○○ｶｲ　○○ﾋﾞｮｳｲﾝ　ﾘｼﾞﾁｮｳ　ﾀｶｻｷ　ﾀﾛｳ

氏　名　医療法人○○会　○○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	○○銀行
支店名	○○　　支店
種　別	普通 ・ 当座
番　号	０１２３４５６
口座名義（カタカナで）	ｲﾘｮｳﾎｳｼﾞﾝ○○ｶｲ　○○ﾋﾞｮｳｲﾝ　ﾘｼﾞﾁｮｳ　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８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○○ ○○、経理部長○○ ○○）

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

・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	