

請求書

(宛先) 高崎市長

・太枠内に記入してください。
 ・振込先口座の分かる書類(通帳見開きページ等)の写しを併せて提出してください。
 ・提出は、カラー、白黒印刷どちらでも可。

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 ¥ 3 0 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 マルマルセッコツイン 効サキ タロウ

氏名 ○○接骨院 高崎 太郎

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
	〇〇支店
	普通 当座
番号	0 1 2 3 4 5 6
口座名義 (カタカナで)	効サキ タロウ

施術所名+代表者名

押印省略可(省略する場合は一番下の欄に必ず記入。)

		請求日	令和	年	月	日	請求NO.		
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 高崎市柔道整備施設所支援金				30,000		. .		
							. .		
							. .		
							. .		
							. .		
							. .		
							. .		
							. .		
合計							¥30,000		

○ 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。

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	
----	--