

# 請 求 書

(宛先) 上 越 市 長

請求年月日 : 令和 年 月 日

債権者番号 :        -

所在地 :  
(住所)

事業所名  
及び  
代表者名 :  
(氏名)

電話連絡先 : ( )

発行責任者及び担当者 (※ 事業所・団体の場合はご記入ください。)

|       | 役 職 | 氏 名 | 電話連絡先 |
|-------|-----|-----|-------|
| 発行責任者 |     |     | ( )   |
| 担 当 者 |     |     | ( )   |

下記のとおり請求します。

|      |                      |       |                      |
|------|----------------------|-------|----------------------|
| 請求金額 | <input type="text"/> | 請求書番号 | <input type="text"/> |
|------|----------------------|-------|----------------------|

< 請求内訳 >

| 月日 | 品 名 ・ 内 容          | 数 量 (単位) | 単 価 | 金 額 |
|----|--------------------|----------|-----|-----|
| /  | 介護保険サービス利用者負担金軽減助成 |          |     |     |
| /  |                    |          |     |     |
| /  |                    |          |     |     |
| /  |                    |          |     |     |
| /  |                    |          |     |     |
| /  |                    |          |     |     |
|    |                    |          | 合 計 |     |

< 口座振込申込書 > (※ 債権者登録のない方のみご記入ください。)

|       |           |      |                      |
|-------|-----------|------|----------------------|
| 金融機関名 |           | 支店名  |                      |
| 預金種目  | 普 通 ・ 当 座 | 口座番号 | <input type="text"/> |
| フリガナ  |           |      |                      |
| 口座名義  |           |      |                      |

( 枚目 / 全 枚中 )

|                  |            |       |          |      |   |
|------------------|------------|-------|----------|------|---|
| 市<br>処<br>理<br>欄 | 支出命令票整理No. | 検収年月日 | 令和 年 月 日 | 確認者印 | 印 |
|------------------|------------|-------|----------|------|---|