

# 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
/	上越市介護保険サービス利用者負担金軽減助成金			
/				
/				
/				
/				
/				
			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			

( 1 枚目 / 全 1 枚中 )

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