

請求書・支払金口座振替依頼書（口座振替払用）

請 求 内 訳	数 量	単 位	単 価	金 額
			円	円

注）※印は軽減税率（ 8%）適用商品

請求金額		十億		百万		千		円
	%対象		円	消費税		円		
	%対象		円	消費税		円		
	%対象		円	消費税		円		
	合 計		円	消費税		円		

（あて先）川崎市長
上記の金額を請求します。 令和 年 月 日
次の口座へ振込みください。

住 所

氏 名 _____（電話 - - ） 印

（フリガナ） _____

登録番号 _____

振込先	銀行	支店	預金種目	1. 普通 2. 当座	口座番号
受取人	住 所				
	氏 名 _____				
	（フリガナ） _____（電話 - - ）				

提出先 局 課取扱分

付 記	請 求 番 号					
-----	---------	--	--	--	--	--

発行元課 （健）地域医療課

【記入例】

請求書・支払金口座振替依頼書（口座振替払用）

請求内訳	数量	単位	単価	金額
令和7年度川崎市医療機関 物価高騰対策支援金	1	件	123,456	123,456
交付申請書の申請額と一致する額をご記入ください				
注）※印は軽減税率（8%）適用商品				
請求金額		十億	百万	千
			¥ 1 2 3 4 5 6	円
%対象			円	消費税
%対象			円	消費税
%対象			円	消費税
合計			円	消費税
(あて先) 川崎市長 上記の金額を請求します。 次の口座へ振込みください。				
住所	〒000-0000 川崎市〇〇区〇〇1丁目〇番地			
氏名	〇〇法人〇〇会 〇〇病院 理事長 〇〇 〇〇 (電話 044-000-0000)			
(フリガナ)	マルマルホウジンマルマルカイ マルマルビョウイン リジチョウ マルマルマルマル			
登録番号	いずれかに〇をしてください			
振込先	〇〇銀行	〇〇支店	預金種目 1. 普通 2. 当座	口座番号 0000000
受取人	住所 川崎市〇〇区〇〇1丁目〇番地 氏名 〇〇法人〇〇会 〇〇病院 理事長 〇〇 〇〇 (フリガナ) イ) マルマルカイ (電話 044-000-0000)			
提出先	口座登録されているカナ名称をご記入ください			課取扱分
付記	請求番号			
発行元課 (健) 地域医療課				

原則、申請者は、口座振替払請求書の請求者・受取人と同一の方としてください
(異なる場合は、委任状の提出が必要となります。申請書や口座振替払請求書の
記載方法が本例示と異なりますので、地域医療課までお問合せください)