

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
自立支援医療（育成医療）治療用装具			円	円
以下余白				

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 (こ) こども支援部こども保健福

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
自立支援医療（育成医療）治療用装具			円	円
以下余白				

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

赤枠の中のみ記載してください。

（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。

令和 年 月 日

日付は記載せず空欄のままとしてください。

住所 川崎市川崎区宮本町1番地

氏名 ○○ ○○

（電話 ○○○ - ○○○ - ○○○○）

印

（フリガナ） ○○ ○○

押印は必須です

登録番号

登録番号の記載は不要です

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	同上			
	氏名	同上			
	（フリガナ）	（電話 - - ）			

提出先

局

課取扱分

付記

請求番号

発行元課

（こ）こども支援部こども保健福