

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
小児慢性特定疾病医療費			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

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
小児慢性特定疾病医療費			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。

※日付は空欄のままとしてください。
 令和 年 月 日

住所 **川崎市川崎区宮本町1番地**

氏名 (電話 000 - 000 - 0000)

(フリガナ) ※申請者(保護者名)を記載してください。第8号様式の申請者と一致していない場合、委任状の提出が必須になります。 ※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	〇〇 銀行 〇〇 支店	預金種目	1. 普通 2. 当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
受取人	住所	※受取人は同上と記載してください。また、振込先口座も受取人の名義としてください。			
	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	