

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

記載例

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。

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 044 - 123 - 4567)

印

(フリガナ) ○○ ○○

押印は必須です

登録番号 ~~XXXXXXXXXXXX~~

登録番号の記載は不要です

振込先	川崎 銀行	川崎 支店	預金種目	1. 普通 2. 当座	口座番号	0123456
受取人	住所	同上				
	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