

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	十 億 百 万 千 ¥ 円	請求書番号	
------	--	-------	--

< 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	1 式		
/				-
/				-
/				-
/				-
/				-
			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。)

金融機関コード		支店コード	
金融機関		支店	
預金種目	普 通 ・ 当 座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

(1枚目 / 全 1枚中)