

# 請 求 書

請求金額	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

	件 名 (品名・業務内容)	数 量	単 価	金 額	備 考
内 訳	調布市介護サービスに係る福祉サービス第三者評価受審費補助金		円	円	

上記のとおり請求します。

年 月 日 住所

債権者 商号又は名称

調 布 市 長 様 氏名 (印)

・債権者登録している場合は、振込先の記入は不要です。登録口座へお振込みします。  
 ・複数口座を登録している場合は、今回の振込先口座を登録している債権者番号を記入してください。

債権者番号

-									-
---	--	--	--	--	--	--	--	--	---

振 込 先	金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 業 協 同 組 合 労 働 金 庫	本 店 支 店 出 張 所
	預金種目	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄	口座番号
	口座名義 (カタカナ記入)		

※ 振込口座は、債権者の口座に限ります。(債権者と口座名義が異なるときは、委任状の添付が必要です。)  
 ※ 口座名義は、通帳の名義のとおり、カタカナで記入してください。