

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
			円	円

請求金額			十億			百万			千			円
------	--	--	----	--	--	----	--	--	---	--	--	---

(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。

平成 年 月 日

住 所

氏 名

(フリガナ)

(電話 - -) 印

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 (健) 障害保健福祉部障害計画課 発行日 平成 29 年 4 月 28 日

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
			円	円

請求金額			十億			百万			千			円
------	--	--	----	--	--	----	--	--	---	--	--	---

(あて先) 川崎市長
上記の金額を請求します。請求者と受取人は同一でお願いします。成
次の口座へ振込みください。

住 所

氏 名

(フリガナ)

(電話 - -) 印

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)	振込先の口座名義をご記入ください (電話 - -)			

提出先	局	課取扱分
-----	---	------

付 記	請 求 番 号					
-----	---------	--	--	--	--	--

発行元課	(健) 障害保健福祉部障害計画課	発 行 日	平成 29 年 4 月 28 日
------	------------------	-------	------------------