

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。 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) .....

| 振込先 | 銀行  | 支店                                       | 預金種目 | 1. 普通<br>2. 当座 | 口座番号 |
|-----|-----|--|------|----------------|------|
|     | 受取人 | 住所<br>氏名 .....<br>(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

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  |
|      |    |    |    |    |
|      |    |    |    |    |
|      |    |    |    |    |
|      |    |    |    |    |
|      |    |    |    |    |
|      |    |    |    |    |
|      |    |    |    |    |
|      |    |    |    |    |
|      |    |    |    |    |

赤枠で囲んだ部分のみご記入下さい。

|      |  |    |  |    |  |   |  |   |
|------|--|----|--|----|--|---|--|---|
| 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。

日付の記入は不要です → 年 月 日

|        |  |
|--------|--|
| 住所     |  |
| 氏名     | 申請書記載の住所・団体名・代表者名と一字一句同じ内容で記載をお願い致します。<br>※役職名の省略のないようご注意ください。 (電話 - - )   |
| (フリガナ) | フリガナも忘れずにご記入ください。申請書と同一の印影の判子で押印下さい。 →  |

| 振込先 | 銀行     | 支店  | 預金種目 | 1. 普通<br>2. 当座 | 口座番号 |
|-----|--------|---|------|----------------|------|
| 受取人 | 住所     | 上段の請求者はこちらの受取人は同一でお願いします。<br>この赤枠内は振込先の口座の情報をご記入下さい。                      |      |                |      |
|     | 氏名     | ※振込先の口座名義の名称の都合で請求者の情報と違いがあっても軽微であれば構いません。<br>例) 特定非営利活動法人 → NPO法人 で略表記など |      |                |      |
|     | (フリガナ) |   |      | (電話 - - )      |      |

提出先 局 課取扱分  
このフリガナの欄は、振込先の口座名義のフリガナをご記入ください。

|    |      |  |  |  |  |
|----|------|--|--|--|--|
| 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 28 年 6 月 23 日