

請求書【口座振替払用】

令和 年 月 日

福島市長 様

所属

介護保険課

(住所) 〒

(氏名)

(電話)

業者番号(債権者コード)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

本件責任者: (電話)

本件担当者: (電話)

|    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 金額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| 品名(件名)         | 数量 | 単価 | 金額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 介護認定訪問調査委託料( ) |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 令和 年 月分        |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合計             |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

口座振込依頼書 ※業者番号(債権者コード)を記載の方は、省略できます。

|       |                |                    |
|-------|----------------|--------------------|
| 金融機関名 | 銀行<br>金庫<br>組合 | 本店<br>支店・支所<br>出張所 |
| 預金種別  | 1 普通 2 当座      | 口座番号               |
| フリガナ  |                |                    |
| 口座名義  |                |                    |

※市記入欄

|     |     |           |
|-----|-----|-----------|
| 受領日 | 受領者 | 備考【在籍確認等】 |
|     |     |           |