

# 記載例

## 請 求 書

確定通知書（様式第7号）の  
補助確定額と同額を記載

金 額

¥ 1 2 3 4 0 0 0

（金額の記載は、アラビア数字を用いその頭部に「¥」を記入してください。）

件 名

福岡市結核予防費補助金

請求書は、記載誤りは認められません。

また、訂正印の使用は不可です。

誤りがある場合は、ホームページより様式をダウンロードし、  
再度作成をお願いします。

希望する支払方法に☑を記入してください。

口座振込を希望します。

（本市に2つ以上口座を登録されている方等は、以下に振込を希望する口座をご記入ください。）

金融機関名	〇〇	銀行	〇〇	本店 支店
預金種別	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
口座名義 (カナ)	シャカイフクシホウジンフクオカ シティ			

（記入する口座は請求者名義のものに限ります。また、口座名義等の記入にあたっては、必ず  
預金通帳を確認のうえ、記載のとおり正確に記入してください。）

現金受領を希望します。

隔地払（外国送金等）

口座名義と、請求者は同一である必要があります。

交付申請時の法人名を請求者として、あらかじめ記載していますが、  
振込名義や請求者を変更したい場合は、ホームページより請求書をダ  
ウンロードし、任意の委任状（ホームページ参照）と合わせてご提出

上記の金額を請求します。

7 年 〇 月 〇 日

住所 福岡中央区天神 1 - 1 - 1

請求書を記載した日をご記  
入ください。

氏名 社会福祉法人 福岡シティ  
理事長 福岡 市郎

（あて先）福岡市（区）長

（福岡市）

連絡先電話番号

※法人等の場合  
担当者 部署・氏名

- (注) 1 金額と口座番号は、右づめで記入してください。  
なお、ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、振込用の口座番号を記入してください。  
2 請求書の金額は、訂正できません。

R3.4改正