

様式4（第6条関係）

業者コードー口座枝番

							-			
請求書番号										

請 求 書

年 月 日

横 浜 市 長

住所

名称

代表者職名・氏名



準要保護児童生徒めがね購入援助事業に係る検眼料を請求します。

請 求 金 額 ￥

. ー

件名	単価(円)	検査人数（人）	合計（円）
検眼料	2,750		

下記の口座に振り込んでください。

振込先	銀行・信金 組合・金庫			支店
種目 チェックを入れてください	☐ 普通預金 ☐ 当座預金	口座番号		
口座名義 カタカナで記入してください				

様式4（第6条関係）

見本(個人)

業者コードー口座枝番

						-			
請求書番号									

【業者コードー口座枝番】(振込先口座等の登録をしている場合)を記載してください。

※令和4年度まで使用していた【指定者コード】は記載しないでください。

請求書番号

請求書番号(請求者がつける任意の数字で最大6桁。通帳に印字されます。)を記載してください。

請 求 書

年 月 日

横 浜 市 長

請求書の日付を必ず記入してください。

代表者職名(院長等)を忘れずに記載してください。

※【業者コード】を登録している場合は、【業者コード】に紐づいている情報と同一の内容で記入してください。

住所

横浜市中区本町6-50-10

名称

YOKOHAMA眼科医院

代表者職名・氏名

院長 横浜 花子

院長先生
の個人印

横浜印

準要保護児童生徒めがね購入援助事業に係る検眼料を請求します。

金額の訂正不可

請 求 金 額 ￥

13,750

. —

ひとりあたり検眼料2,750円です。

合計欄は請求金額と同額になります。

件名	単価(円)	検査人数(人)	合計(円)
検眼料	2,750	5	13,750

訂正の場合は、請求印と同一の印鑑で。
ただし、請求金額の訂正は不可。
修正液・修正テープの使用も不可です。

下記の口座に振り込んでください。

振込先	桜木	銀行・信金	横浜	支店
	横浜 桜木町	組合・金庫		
種目 チェックを入れてください	☒ 普通預金 ☐ 当座預金	口座番号	0000123	
口座名義 カタカナで記入してください	ヨコハマ ハナコ			

・通帳をご確認の上、カタカナで記載をお願いします。請求者(院長先生等)と口座名義人が異なる場合は、別途委任状が必要です。

・あらかじめ、振込先口座の登録を行っている方(右最上部に【業者コード-口座枝番】の記載があるもの)は、振込先の記入は不要です。

【添

様式4（第6条関係）

見本(法人)

業者コードー口座枝番

						-			
請求書番号									

【業者コードー口座枝番】(振込先口座等の登録をしている場合)を記載してください。

※令和4年度まで使用していた【指定者コード】は記載しないでください。

請求書

請求書番号

請求書番号(請求者がつける任意の数字で最大6桁。通帳に印字されます。)を記載してください。

年 月 日

横浜市長

請求書の日付を必ず記入してください。

代表者職名(理事長・代表理事等)を忘れずに記載してください。
※【業者コード】を登録している場合は、【業者コード】に紐づいている情報と同一の内容で記入してください。

住所

横浜市中区本町6-50-10

名称

医療法人社団ヨコハマ会 YOKOHAMA眼科

代表者職名・氏名

理事長 横浜 太郎

代表者印

医療法人
〇〇会
理事長之印

準要保護児童生徒めがね購入援助事業に係る検眼料を請求します。

金額の訂正不可

請求金額 ¥

13,750

. —

ひとりあたり検眼料2,750円です。

合計欄は請求金額と同額になります。

件名	単価(円)	検査人数(人)	合計(円)
検眼料	2,750	5	13,750

訂正の場合は、請求印と同一の印鑑で。
ただし、請求金額の訂正は不可。
修正液・修正テープの使用も不可です。

下記の口座に振り込んでください。

振込先	桜木	銀行・信金	横浜	支店
	医療法人 ヨコハマ会 理事長之印	組合・金庫		
種目 チェックを入れてください	☒ 普通預金 ☐ 当座預金	口座番号	0000123	
口座名義 カタカナで記入してください	イ)ヨコハマカイ			

・請求者(法人名)と口座名義人が異なる場合は、別途委任状が必要です。
・あらかじめ、振込先口座の登録を行っている方(右最上部に【業者コード-口座枝番】の記載があるもの)は、振込先の記入は不要です。

【添付書類】「準要保護児童生徒視力精密検査について(依頼)」(様式2)