

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 ¥

. —

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 <small>チェックを入れてください</small>	<input type="checkbox"/> 普通預金	口座番号		
	<input type="checkbox"/> 当座預金			
口座名義 <small>カタカナで記入してください</small>				

【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）



様式4 (第6条関係)

見本(法人)

業者コード-口座枝番

Grid for business code and branch account number

請求書番号

Grid for invoice number

【業者コード-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



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。

Table with 4 columns: Item Name, Unit Price (¥), Number of Examinees, Total (¥). Row 1: 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。

Transfer form with fields for Recipient (Bank/Post Office Yokohama), Purpose (General Savings), and Account Name (Yokohama Kai)

・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。