請　　求　　書

（あて先）　高　崎　市　長

注
1　金額は訂正しないで下さい。
2　金額に接して¥の字を記入して下さい。

金額		億	千	百	十	万	千	百	十	円

上記金額の支払いを請求します。

〒□□□－□□□□

住　所

フリガナ

氏名　　印

電話番号	—　　—

※預金通帳を確認のうえご記入下さい。

振　込　み　先	
金融機関名	
支店名	支店
種　別	1 普通　2 当座
番　号	
口座名義(カタカナで)	

請求日	年　月　日	請求NO.	

NO	品名または名称・規格	数　量	単　価	金　額	納入年月日
	高崎市医療用ウィッグ等購入費補助金				・　・
					・　・
					・　・
					・　・
					・　・
					・　・
					・　・
					・　・
					・　・
					・　・
	合　計				

市処理欄

検収	