

# 請 求 書

(宛先) 高 崎 市 長

## 注

2 1 金額は訂正しないでください。  
金額の前に¥の字を記入してください。

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  
請 求 者  
氏 名  
(申請書の申請者)

電話番号	—	—
------	---	---

※預金通帳を確認のうえご記入ください。

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

請求日		令 和 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
	高崎市一般不妊治療費助成金				. .
	交通費				. .
					. .
					. .
					. .
					. .
					. .
					. .
					. .
					. .
					. .
					. .
					. .
合 計					

--

検 収	
--------	--