

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。

千 3 7 0 - 8 5 0 1

住所 高崎市高松町 35-1

※ 氏名は申請書の申請者

フリガナ タカサキ ケンコ

氏名 高崎 健子 **※ 押印不要**

(申請書の申請者)

電話番号 090 - 1234 - 5678

振込先

銀行名	高崎
支店名	高崎市役所
種別	普通 当座
番号	0 1 2 3 4 5 6
口座名義 (カカナで)	タカサキ ケンコ

※預金通帳を確認のうえご記入下さい。

NO	品名または名称・規格	量	単価	金額	納入年月日
	高崎市不育症治療費 成金				. .
					. .
					. .
					. .
合 計					

- 太枠内を記入してください。
- 申請者と口座名義が異なる場合には、申請書にある下記文書「□ 配偶者に不育症治療費等助成事業費に係る助成金受領の権限を委任します。」に をしてください。
- 訂正箇所がある場合は、必ず訂正印を押してください。

市処理欄

検 収	
--------	--