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

氏　名

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
	多胎妊婦健康診査				・　・
					・　・
					・　・
					・　・
					・　・
					・　・
					・　・
					・　・
					・　・
					・　・
	合　計				

検収	