

請 求 書

(あて先) 高 崎 市 長

金額は記入しない

金額		億	千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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。

上記金額の支払いを請求します。

〒 370 - 8501

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

※預金通帳を確認のうえご記入下さい。

振 込 み 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 (カガナで)	タカサキ ケンコ

申請者 又は 配偶者

請求日	申請者 又は 配偶者	NO.			
NO	品名または	数 量	単 価	金 額	納入年月日
	高崎市生殖 助成金				. .
					. .
					. .
合 計					

- 太枠内のみご記入ください。(金額の欄は記入しないでください。)
- 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「 配偶者に生殖補助医療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