

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。

※預金通帳を確認のうえご記入下さい。

〒 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

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 (カナナで)	タカサキ ケンコ

請求日		申請者 又は 配偶者			NO.
NO	品名または名称	数 量	単 価	金 額	納入年月日
	高崎市生殖補助 助成金				. .
	交通費				. .
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