

請 求 書

(宛先) 高 崎 市 長

注

太枠内のみご記入ください

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			
	妊婦健康診査				.	.		
	新生児聴覚検査				.	.		
	産婦健康診査				.	.		
	1 か月児健康診査				.	.		
					.	.		
					.	.		
					.	.		
合 計								

市処理欄
令和 年 月決定分

検 収	
-----	--