請　　求　　書

（あて先）高 崎 市 長

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
(申請書の申請者)

電話番号	—　　—

※預金通帳を確認のうえご記入下さい。

振　込　み　先	
銀行名	
支店名	
種　別	1 普通　2 当座
番　号	
口座名義 (ｶﾀｶﾅで)	

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。

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
	妊孕性温存治療費				. .
					. .
					. .
					. .
					. .
					. .
					. .
					. .
					. .
					. .
	合　計				

市処理欄

検収	