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。

〒 3 7 0 － 8 5 0 1

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	1 普通　2 当座
番　号	0 1 2 3 4 5 6
口座名義(ｶﾀｶﾅで)	タカサキ　ケンコ

求日	年　月　日	請求 NO.	

NO	品名または名称・規	量	単　価	金　額	納入年月日
	妊孕性温存治療費				. .
					. .
					. .
合　計					

- 太枠内を記入してください。（金額の欄は記入しないでください。）
- 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	