

(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。

- 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								
フリガナ		タカサキ ケンコ								
氏 名		高 崎 健 子								
(申請書の申請者)		※ 押印不要								
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 (お名前)	タカサキ ケンコ

NO	品名または名称・規格	量	単 価	金 額	納入年月日	申請者 又は 配偶者	
						日	NO.
	高崎市不育症治療費 成金				.	.	
					.	.	
● 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 <u>「□ 配偶者に不育症治療費等助成事業に係る助成金受領の権限を 委任します。」</u>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。							
					.	.	
合 計						.	.

市处理欄	
------	--

検 収	
--------	--