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	普通　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

申請者　又は　配偶者

請求日		0.				
NO	品名または名称	数　量	単　価	金　額	納入年月日
	多胎妊婦健康診査費助成金				. .
					. .
					.
					. .
	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「☐ 配偶者に高崎市多胎妊婦健康診査費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	