請　　求　　書

（宛先）高 崎 市 長

注

１　金額は訂正しないでください。
２　金額の前に¥の字を記入してください。

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
請 求 者
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
	高崎市一般不妊治療費助成金	1			・　・
	交通費	1			・　・
					・　・
					・　・
					・　・
					・　・
					・　・
					・　・
					・　・
					・　・
	合　　計				

検収	