

# 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。

## 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。

郵便番号			-							
住 所										
フリガナ										
氏 名 (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	
金融機関名	
支店名	支店
種 別	1 普通 2 当座
番 号	
口座名義 (カガキで)	

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

市処理欄
------

検 収	
--------	--