

# 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
	妊孕性温存治療後の凍結保存の維持に要する年間費用							.	.
								.	.
								.	.
								.	.
								.	.
								.	.
合 計									

市処理欄
------

検	
収	