

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。

〒□□□ - □□□□

住 所
(所在地)

フリガナ

氏名
(法人名)

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 (カカナで)	

		請求日	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				
	高崎市若年がん患者在宅療養支援事業				.	.			
					.	.			
					.	.			
					.	.			
					.	.			
					.	.			
					.	.			
					.	.			
					.	.			
合 計									

発行責任者及び担当者（請求書の押印を省略する場合には、ご記入ください。）

・発行責任者： (電話番号)

・担 当 者： (電話番号)

検
収