

請 求 書

黒部市長 あて

下記のとおり請求します。

住 所 黒部市

年 月 日

氏 名

請求金額	億	千	百	十	万	千	百	十	円

注 2) 請求金額の訂正はできません。

注 1) 法人の場合は会社名、代表者名を記入して下さい。
 なお、押印を省略することもできますが、その際は下記の欄に
 本件責任者及び担当者の氏名及び連絡先を記載してください。
 (後に書面内容について確認させていただく場合があります。)

下記の口座へ振込み願います。	課所名	健康増進課	請求書番号	
金融機関名	銀行・農協・金庫 組合・信漁連	支店名	支店・店 出張所	
預金種目 <small>(該当に○をつける)</small>	1 普通 2 当座	口座番号 <small>(右づめ)</small>		
ゆうちょ銀行	記 号	番 号 (右づめ)	※ゆうちょ銀行への振込みをご希望の場合は、上段に他の金融機関からの振込を受ける際の店名、口座番号を記入することもできます。	
	0			
口座名義 (カタカナ記入)				

注 3) 振込先口座は通帳等をご確認のうえ、正確に記入して下さい。

注 4) 請求者の方の口座を記入して下さい。(請求者から口座名義人への委任状を添付した場合を除く。)

どちらか一方に記入

【請求内容】

黒部市不妊治療費助成金として

円

市記入欄	上記の契約内容等を証明する職員 ㊟	備 考	
	年 月 日 検査・検収 ㊟		

【発行責任者及び担当者】

発行責任者 役職	氏名	電話	—	—
担当者 役職	氏名	電話	—	—