

請 求 書

年 月 日

次のとおり、請求します。

請 求 金 額					
金額の頭部に¥マークを記入してください					

項 目 ・ 品 名	数 量	単 価	金 額
不育症治療費助成金			
合 計			

住 所

氏 名

(宛先)茅ヶ崎市長

口 座 振 替 支 払 依 頼 書			
金融機関名		支店名	
金融機関番号	店番号	預金種目	口座番号(右づめで記入してください)
		1 普通    2 当座    3 別段	
フリガナ 口座名義			

職員使用欄

本人確認書類	対 応 職 員 ( 確 認 日 )
<input type="checkbox"/> 運転免許証(経歴) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード(特) <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 身分証 <input type="checkbox"/> その他( )	(令和 年 月 日)