

請 求 書

日付は記入しないでください

次のとおり、請求します。

請求金額		¥	1	4	7	0	0	0		
<small>金額の頭部に¥マークを記入してください</small>										
項目・品名	数量	単価								金額
不育症治療費助成金										147,000
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%; color: red;"> <p>【請求金額の記入について】 <u>申請書の交付申請額に記載した額をご記入ください</u></p> <p>※ 助成上限（150,000）に満たない場合はその額を記入</p> </div>										
合 計									147,000	

住所 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1

氏名 茅ヶ崎 花子

申請者と同一の方の口座

(宛先)茅ヶ崎市長

口座振替支払依頼書																
金融機関名					支店名											
えぼし銀行					まろ支店											
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)									
0	1	2	3	4	5	6	普通	2 当座	3 別段	7	8	9	0	1	2	3
フリガナ 口座名義		チガサキ ハナコ 茅ヶ崎 花子														

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)