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 金額の頭部に¥マークを記入してください	¥97000

項　目　・　品　名	数　量	単　価	金　額
不育症治療費助成金			97,000
合　計			97,000

【請求金額の記入について】
申請書の交付申請額に記載した額をご記入ください

※　助成上限（100,000）に満たない場合はその額を記入

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)
0123	456	1 普通　2 当座　3 別段	7890123
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）
□運転免許証(経歴)　□個人番号ｶｰﾄﾞ　□ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄ　□在留ｶｰﾄﾞ(特)　□障害者手帳 □健康保険証　□介護保険被保険者証　□後期高齢者医療被保険者証　□身分証 □その他(　　)	(令和　年　月　日)