

# 請求書

令和 年 月 日

あて先  
合 志 市 長

住 所  
氏 名  
〔電話番号（ ） — 〕  
\* 団体の場合は住所・団体名・職名・代表者名を記入

円

合志市低所得妊婦に対する初回産科受診料助成金について、上記のとおり請求いたします。

振込口座

銀行 支店 普通・貯蓄・当座

農協 支所

口座番号

口座名義(カナ)

※カタカナでご記入ください。

\* ゆうちょ銀行口座への振込は下記へご記入ください。

振込口座

ゆうちょ銀行 1 普通 ・ 4 貯蓄 ・ 9 その他

口座番号 (通常番号) 記号 

--	--	--	--	--

 番号 

									1
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

(銀行 NET 番号) 店番 

		8
--	--	---

 番号 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

口座名義 (カナ)

※カタカナでご記入ください。