請　　　求　　　書

（アラビア数字で記載し、頭書に￥の記号を付し、訂正しないでください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　額 |  | 十 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ただし、特定不妊治療費助成として

内　訳

|  |
| --- |
| * 年　　月　　日～　　年　　月　　日分　　　　　　　　　　　　　円 |
| * 年　　月　　日～　　年　　月　　日分　　　　　　　　　　　　　円 |
| * 年　　月　　日～　　年　　月　　日分　　　　　　　　　　　　　円 |
| * 年　　月　　日～　　年　　月　　日分　　　　　　　　　　　　　円 |
| 計　　　　　　　　　　　　　　円 |

上記の金額を請求します。

　　年　　月　　日

香川県さぬき市長　大 山 茂 樹　殿

債権者

住　所

氏　名

法人にあってはその名称及び

代表者の職氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支払の方　法 | 口　座  振替払  □ | 銀行　　　　　　(支)店 | | | | | | | | | | 現金払  □ | 隔地払  県外  送金  □ | 小切手  □ |
| 預金種目 | 当座  □ | 普通  □ |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | |

１　希望する支払の方法の□の箇所に✓印を付してください。

おねがい

印影届

２　口座振替払は、預金口座のある金融機関の店舗名、口座番号及び口座名義を記載して

　ください。なお、預金種目欄にあっては、該当する預金種目の□箇所に✓印を付してください。

　　　　３　請求者と受領者が委任により異なる場合は、受領権限についての委任状を添付してください。

４　印影届は、現金払の場合に請求印と同じ印（代理受領者にあっては、代理受領者の印）を

押してください。

５　請求金額の内訳書は、請求印をもって本書と割印のうえ、添付してください。