

# 請 求 書

令和 年 月 日

薩摩川内市長 様

住 所 薩摩川内市

氏 名 〇

下記のとおり請求します。

|       |  |  |  |  |   |
|-------|--|--|--|--|---|
| 請 求 額 |  |  |  |  | 円 |
|-------|--|--|--|--|---|

摘 要

薩摩川内市不育治療費等助成

《口座振替依頼書》

整理番号

| 銀 行 ・ 農協<br>信用金庫 | 本店・支店・支所<br>出張所・代理店 | 種別      | 口座番号 |
|------------------|---------------------|---------|------|
|                  |                     | 普通 ・ 当座 |      |
| 口 座 名 義 人        |                     |         |      |