

請 求 書

令和 年 月 日

薩摩川内市長 様

住 所 薩摩川内市

氏 名

電話番号

下記のとおり請求します。

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

摘 要

薩摩川内市不妊治療費等助成

《口座振替依頼書》

整理番号

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