

参考様式

## 請 求 書

不育症検査費用助成金 金 \_\_\_\_\_ 円

上記の金額を請求します。

年 月 日

香川県知事 殿

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

(フリガナ)

氏 名 \_\_\_\_\_

支払方法 口座払い	振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合		本店 支店 出張所
		預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	.....
		(フリガナ) 口座名義人	( )		

請求金額の修正はできません。

請求印を押印しない場合は、欄外に発行責任者及び担当者の氏名並びに連絡先を記載してください。(請求印の押印がある場合は、発行責任者等の記載は不要です。)

フリガナを必ず記入してください。

預金種目欄の該当する口欄に×印を付けてください。

請求者と口座振込名義人は同一としてください。