**請　　　　求　　　　書**

金額は記入しないでください

記 入 例

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 金　額 | 千 | 百 | 十 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   　　　　　 上記の金額を　　　　　平塚市妊婦健康診査費用補助金　　　　　として請求します。  日付は記入しないでください  住所を記入してください   |  | | --- | | 住　所  令和　　年　　月　　日  **平塚市東豊田４４８－３** | | 妊産婦さんのお名前を記入してください  （提出先）  　平塚市長 | | 氏名(妊産婦)  **健康　花子**  口座名義（カナ）、銀行名、支店名、預金種別、口座番号を記入してください。  **御本人以外の口座の場合は裏面も記入**してください。 |   　　なお、上記金額の支払については、下記の口座へお振り込み下さるよう依頼いたします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 債権者コード | | | | | **1** | **0** | |  |  |  |  | | **－** |  |  | |  | | | | | | | | | | |
| 未登録者記入欄 | | 口座名義  (カナで記入) | | | **ケ ン コ ウ ハ ナ コ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の金額を右記の口座に振込みを依頼します。 | | | 振 込 先  金融機関 | | 銀行  **平塚** | | | | | | | | | | | 預金種別 | 口座番号 | | | | | | | | |
| １ 普通  ２ 当座 |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 支店  **東豊田** | | | | | | | | | | | **１** | | **２** | | **３** | **４** | **５** | **６** | **７** |
| 債権者登録済の方は、「債権者コード」だけ記入してください。未登録の方は、「未登録者記入欄」に記入してください。  　振込先と口座名義は正確に、法人の場合は代表者名まで記入してください。  **債権者と口座名義が異なる場合は、裏面に記入欄がありますのでそちらも記入してください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求内訳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区分 | 納入(検収)月日 | | | 名称・仕様等 | | | | | | | | 数　量 | | | | 単　価 | | | | | | 金　　額 | | | | | |
| 1 |  | |  | 平塚市妊婦健康診査費用補助金 | | | | | | | |  | | | | 円  １６,０００ | | | | 銭 | | 円 | | | | | |
| 2 |  | |  | 平塚市妊婦健康診査費用補助金 | | | | | | | |  | | | | ５,０００ | | | |  | |  | | | | | |
| 3 |  | |  | 平塚市妊婦健康診査費用補助金 | | | | | | | |  | | | | ４,０００ | | | |  | |  | | | | | |
| 4 |  | |  | 平塚市妊婦健康診査費用補助金 | | | | | | | | この欄は記入不要です | | | | ３,０００ | | | |  | |  | | | | | |
| 5 |  | |  | 平塚市妊婦健康診査費用補助金  　　　　　（追加補助券） | | | | | | | |  | | | | ５,０００ | | | |  | |  | | | | | |
| 6 |  | |  | 平塚市妊婦健康診査費用補助金  （追加補助券） | | | | | | | |  | | | | １,０００ | | | |  | |  | | | | | |
| 7 |  | |  | 平塚市妊婦健康診査費用補助金  （多胎児用） | | | | | | | |  | | | | ５,０００ | | | |  | |  | | | | | |
| 8 |  | |  | 平塚市妊婦健康診査費用補助金 | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | | | |
| 消費税額・地方消費税額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | |

**債権者と口座名義が異なる場合は、下の枠内を記入してください。**

|  |
| --- |
| 平塚市妊婦健康診査費用補助金  　　　　の受領にあたり下記の振込先口座に振り込んで下さるよう依頼いたします。  表面と同じ振込先口座を御記入ください  **振込先**　　金融機関名　　　　　　　　　　　　　支店名  　　　　　　　預金種別　　普 通 ・ 当 座　　　　口座番号  　　　　　　　（フリガナ）  　　　　　　　口座名義  住所を記入してください  **債権者**　　住　　　　所　　**平塚市東豊田４４８－３**  　　　　　　　氏名・法人名  妊産婦さんのお名前を記入してください  　　　　　　　代表者職氏名　　**健康　花子** |

※こちらの面は、**口座名義が妊婦さんと違う**

**場合のみ記入**してください。（口座名義が妊婦

さんのものであれば記入不要です）

|  |
| --- |
| 備　考 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |