

請 求 書

(宛先) 伊勢崎市 長

請求日	年 月 日
所属名	

請求金額	
------	--

摘要	金額
妊婦健康診査県外受診者補給金	

〒
住 所
氏 名 印
電 話 番 号

★ 預金通帳をご確認のうえご記入ください。

振込先	
金融機関名	
支店名	
種 別	1 普通 2 ()
口座番号	
カタカナで記入	
口座名義人	