

# 請求書

(宛先) 伊勢崎市長

請求日	年月日
所属名	保健センター

請求金額										

摘要	金額									
<b>不育治療費助成金</b>										

〒

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

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	