

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									
がん患者ウィッグ等購入費助成金										

〒 _____
住 所 _____
氏 名 _____ (印)
電話番号 _____

★預金通帳を確認の上記入してください。

振 込 先	
金 融 機 関 名	
支 店 名	
種 別	1 普通 2 その他()
口 座 番 号	
口座名義人(カナ)	