

請 求 書

伊 勢 崎 市 長 様

請 求 日	年 月 日
所 属 名	交通政策課

注意

* *

請求金額は訂正しないでください。
請求金額の前に¥の字を記入してください。

請 求 金 額	¥1,100
---------	--------

月	日	品 名 規 格	数 量	単 価	金 額							
		運転免許証自主返納支援助成金							1	1	0	0

〒 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 当座 3 その他()
口 座 番 号	
カタカナで記入	
口 座 名 義 人	

請求書の押印を省略する場合は、ご記入ください。	
発 行 責 任 者 名	電話番号
担 当 者 名	電話番号