

# 請 求 書

(宛先) 伊 勢 崎 市 長

請求日	
所属名	健康づくり課

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

<b>請求金額</b>	¥
-------------	---

摘 要	件 数	単 価	金 額
伊勢崎市HPVワクチン任意接種費用償還払金			

〒

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