請　求　書

（宛 先）伊 勢 崎 市 長

請 求 日	年　　月　　日
所 属 名	健康づくり課

請 求 金 額	

摘　　要	金　　額									
不妊治療費助成金										

〒

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	