

# 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			
新生児聴覚検査受診者補給金				

〒  
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	