

請 求 書

《記入例》

新生児聴覚

(宛先) 伊勢崎市長

請求日 年 月 日

請求金額

※請求日・金額は
記入しないでください。

摘要

新生児聴覚検査受診者補給金

※記入してしまった場合は、
新しい用紙に書き直しを
お願いします。

請求者

〒 372-8501

住 所 伊勢崎市今泉町2-410 ○×ハイツ10

氏 名 伊勢崎 花子

印

電話番号 090-0000-0000

請求者は伊勢崎市に住民登録のある、
児の保護者を記入してください

印鑑は上記請求者本人のもの(旧姓不可)、朱肉を使うもの(スタンプ印不可)を使用してください

※訂正等に備えて、**印鑑は必ず持参**してください

振込先

金融機関名

〇〇銀行

支 店 名

〇〇支店

種 別

①

普通

②

口 座 番 号

1234567

カタカナで記入

口 座 名 義 人

イセサキ ハナコ (カタカナで記入)

振込先は上記請求者本人名義の口座を
指定してください

太枠の中を記入してください