

様式第3号(第8条関係)

請 求 書

(宛先) 伊勢崎市長

請求日	年 月 日
所属名	

請求金額	
------	--

摘 要	金 額								
1 か月児健康診査県外受診者補給金									

〒 _____
住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

★預金通帳を確認の上記入してください。

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	