

様式第3号(第7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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 産婦健康診査県外受診者補給金<br><input type="checkbox"/> 産後2週間：5,000円<br><input type="checkbox"/> 産後1か月：5,000円 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |

千 一

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 その他(                      ) |
| 口 座 番 号                |   |
| 口 座 名 義 人<br>(カタカナで記入) |   |