

《記入例》

請 求 書

(宛先) 伊勢崎市長

請求金額

※請求日・金額は
記入しないでください

※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

摘 要

産婦健康診査県外受診者補給金

- 産後2週間：5,000円
- 産後1か月：5,000円

請求者

〒 **372-8501**

住 所 **伊勢崎市今泉町2-410 ○×ハイツ101**

氏 名 **伊勢崎 花子**

電話番号 **090-0000-0000**

請求者は必ず**妊産婦本人**を記入
してください

★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	〇〇銀行
支 店 名	〇〇支店
種 別	① 普通 2 その他
口 座 番 号	1234567
口 座 名 義 人 (カタカナで記入)	イセサキ ハナコ (カタカナで記入)

振込先は**産婦本人名義**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