

請 求 書

(宛先) 伊 勢 崎 市 長

請 求 日	※記入しないでください
所 属 名	健康づくり課

注意

※ ※ 請求金額は訂正しないでください
請求金額の前に¥の字を記入してください

請 求 金 額	¥ ※記入しないでください
---------	---------------

摘 要	件 数	単 価	金 額			
HPVワクチン接種費用償還払金						
※記入しないでください						

〒

住

所

氏

名

印

電

話 番 号

号

・下半分は漏れなく記入。

・誤字等は必ず訂正印を押してください。

・請求者と口座名義人が異なる場合は委任状が必要です。

★ 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 当座 3 その他()
口 座 番 号	
カタカナで記入	
口 座 名 義 人	