

請 求 書

(宛先) 伊 勢 崎 市 長

請求日	
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	¥
-------------	---

摘 要	件 数	単 価	金 額
予防接種補給金			

〒

住

所 伊勢崎市

氏

名

電

話 番 号

★ 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	