

請 求 書

年 月 日

輪之内町長 様

申請者 住 所

氏 名

㊞

電話番号

対象者との続柄

年 月 日付けで承認決定を受けたヘリコバクター・ピロリ除菌治療費の助成金について、下記の金額を請求します。

対象者	ふりがな				生年月日	年 月 日	
	氏 名					( 歳)	
振込先	連絡先	〒 電話 ( )					
	金融機関名	銀行 農協 金庫			本・支店 支所 出張所 代理店		
請求額	預金種別	普通	口座番号		(ふりがな) 口座名義人 (申請者と同一)	( )	
		当座					
請求額		金 円					