

請 求 書

金額		+	万	千	百	+	円
----	--	---	---	---	---	---	---

多胎妊婦健康診査費助成金として、上記のとおり請求します。

(あて先)大田区長

年 月 日

請 求 者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 () _____

※氏名の訂正は認められません。

※消せるボールペンは使用しないでください。