

請 求 書

金額		+	万	千	百	+	円

大田区里帰り等妊婦健康診査・新生児聴覚検査費用助成金として、
上記のとおり請求します。

(あて先)大田区長

令和 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。