

請 求 書

請求明細

年度	北広島町高齢者定期予防接種費用	償還払い
月	日	実施
		様分

上記の金額を請求します。
あわせて、下記の口座への振込みを依頼します。

年	月	日
〒		
住所		
(フリガナ)		
氏名		印

北 広 島 町 長 様

振込先	銀行	支店	口座番号
	農協	支所	普通
	信用組合		
	(フリガナ) 名 義		