

子育て応援券 請求書

平成 年 月 日

安芸高田市長 様

住 所 _____

請求者名（保護者名） _____ 印

内 訳

（単位：円）

利用サービス	応援券 単価①	応援券 利用枚数②	応援券利用金額 (①×②)
任意の予防接種（インフルエンザ、おたふく風邪等）	500		
乳児健康診査	500		
母乳相談、母乳マッサージ	500		
フッ素塗布	500		
合計	500		

※請求は安芸高田市福祉保健部子育て支援課まで願います。

※添付書類：応援券と領収書（「利用年月日」「利用サービス名」「サービス利用者の氏名」「サービス利用金額」の記載があるもの）

振込先金融機関名		銀行 信用組合 農協		支店 支所 出張所	
預金種目		普通預金	口座番号
振込口座 名 義	(フリガナ) 氏名			

振込口座名義と請求者名（保護者名）が相違する場合には、同意書が必要になりますので下記の枠内に振込口座名義人の署名・押印をお願いします。

請求者（保護者）への応援券利用金額の支払いを私の口座に入金することに同意します。	
口座名義人	住所.....
	氏名..... 印