

年 月 日

請 求 書

増毛町長 様

金 _____ 円

年 月請求分 傷病手当金として上記金額を請求します

〒 _____

増毛町 _____

氏名 (世帯主) _____

印

電話番号 (_____) _____

振込先口座 (世帯主名義または受取代理人)

※通帳の写しを添付すること

銀行名	銀行・金庫 農協・漁協	本・支店
口座名義 (カタカナ記入)		
口座番号		