

阿波っ子応援券請求書 () 月分

様

年 月 日

住所又は所在地
事 業 者 名
代 表 者 名

金 額	百万	十	万	千	百	十	円

阿波っ子応援券事業実施要綱第 8 条の規定により、応援券を添えて上記の金額を請求します。
上記の請求金額を次の口座に振込み願います。

金融機関名	店舗名	預金	口座番号 (右詰め)						
		普通							
		当座							
フリガナ									
口座名義									

番号	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)
1	予防接種 (インフルエンザ又はおたふく風邪)	500円	枚	円
2	フッ化物塗布 (保険外診療)	500円	枚	円
3	口腔用品の販売	500円	枚	円
4	子どもを預かるサービス	500円	枚	円
5	保護者を支援するサービス	500円	枚	円
6	公衆浴場	500円	枚	円
7	産後ケア事業	500円	枚	円
8	対象乳幼児が利用するものの販売	500円	枚	円
9	食事宅配サービス	500円	枚	円
10	その他市長が認めるサービス	500円	枚	円
		合 計	枚	円