

阿波っ子応援券請求書

金額		十	万	千	百	十	円
----	--	---	---	---	---	---	---

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願います。

銀行 信金 信組 農協	支店	当座 預金 普通	口座番号（右詰め）				
フリガナ							
口座名義							

年 月 日

様

〒 _____ 住 所 _____

氏 名 _____

TEL () _____

内 訳

番号	利用サービス (該当するものに○を付けてください。)	クーポン 単価①	クーポン 利用枚数②	クーポン利用金額 (①×②)
記入例	予防接種、 <u>フッ素塗布</u> 、口腔用品購入	500 円	6 枚	3,000 円
1	予防接種、フッ素塗布、口腔用品購入	500 円	枚	円
2	予防接種、フッ素塗布、口腔用品購入	500 円	枚	円
3	予防接種、フッ素塗布、口腔用品購入	500 円	枚	円
4	予防接種、フッ素塗布、口腔用品購入	500 円	枚	円
5	予防接種、フッ素塗布、口腔用品購入	500 円	枚	円
		合 計	枚	円

※サービスを受けた日から6箇月以内に、阿波市役所子育て支援課に持参してください。

※必要書類：サービス提供者発行の領収書及び応援券（裏面に「利用年月日」を記入）

通帳又はキャッシュカードの写し