

# 請求書

金 円

ただし、令和 年 月分 ひとり親家庭医療費助成金を  
上記のとおり請求いたします。

令和 年 月 日

請求者 住所

氏名

大崎町長 殿

ひとり親家庭医療費助成金を下記の口座に振り込んでください。

金融機関	店舗	種目	番号
金融機関コード	店舗コード		
フリガナ 名義人			