

請 求 書

年 月 日

(あて先) 札 幌 市 長

請求者 住所

氏名 印

電話 (- -)

児童福祉法による措置費（視力矯正費）【 眼鏡 ・ コンタクト 】を下記のとおり請求します。

請求金額

銀行等振込口座番号等

金融機関名	銀行 信金	本店 支店
預金種別	普通・当座	
口座番号		
フリガナ		
口座名義		