

令和 年 月 日

狛江市長 宛て

《助成決定者》

郵便番号:

住所:

氏名:

狛江市妊婦健康診査受診費兼狛江市新生児聴覚検査  
受診費助成金交付請求書

令和 年 月 日付け狛福健発第 号で交付決定のあった助成金について、狛江市妊婦健康診査受診費助成金交付要綱第7条又は狛江市新生児聴覚検査受診費助成金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり請求します。なお、助成金は、下記の口座に振り込んでください。

記

1 請求金額 \_\_\_\_\_ 円

2 振込先

金融機関名	銀行	本店							
	信用金庫	支店							
	農協	出張所							
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号							
フリガナ									
口座名義									

※ 振込口座は、申請者本人の名義に限ります。