

記入不要

~~令和 年 月 日~~

狛江市長 宛て

《助成決定者》

郵便番号: 201-0003

住所: 狛江市和泉本町〇-〇-〇

氏名: 狛江 花子

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

記入不要

~~年 月 日~~付狛 ~~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

記入不要

1 請求金額 _____ 円

原則、産婦（妊婦）本人の口座

2 振込先

金融機関名	〇〇〇	銀行	〇〇〇	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	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
フリガナ	コマエ ハナコ			
口座名義	狛江 花子			

※ 振込口座は、申請者本人の名義に限ります。