

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 日付け狛子家発第 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。