

妊産婦健康診査助成金交付請求書

令和 年 月 日

釧路市長 あて

請求者 住所 釧路市〇〇町 1-2-3

氏名 釧路 花子

電話番号 090-1234-5678

本件責任者及び担当者 同上

釧路市妊婦一般健康診査実施要綱 6 の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を請求します。

記

1 請求金額	金 円						
2 助成金振込先							
(1) 金融機関名	○○ <u>銀行</u> ・信用金庫・労働金庫 ・農協・信用組合・() ① 本店 ② <u>釧路</u> 支店						
(2) 口座	① <u>普通口座</u> ② 当座預金						
	口座番号	1	2	3	4	5	6 7
(3) (ふりがな) 口座名義人	(<u>クシロ ハナコ</u>) <u>釧路 花子</u>						

注 1 金額の訂正はできません。

注 2 申請者、請求者、口座名義人は同一にしてください。