

所沢市妊婦健康診査助成金・新生児聴覚検査助成金交付請求書

令和 年 月 日

(宛先)所沢市長

住 所

所沢市

氏 名

印

電 話 番 号

所沢市妊婦健康診査助成金・新生児聴覚検査助成金交付要綱第7条第1項の規定により、次のとおり請求します。

請求金額 金 円

<振込先>

金融機関の名称	銀行 信用金庫 農協	本店 支店
預金の種類	1 普通 2 当座	口座番号 No.
フリガナ		
口座名義人		

(注)全ての欄にご記入ください。

押印をお忘れなくお願いします。

「金融機関の名称」及び「預金の種類」は、該当する箇所を○で囲んでください。