

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 Y 年 M 月 D 日

(宛先)所沢市長

請求者は妊婦（産婦）

※押印不要

住 所

所沢市

上安松1224-1

氏 名

所沢 花子

電話番号

010-1234-5678

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。

請求額決定後に記入

※決定通知書と同額

請求金額

金

円

<振込先>

金融機関の名称	〇〇〇〇	銀行 信用金庫 農協	所沢	本店 支店
預金の種類	1 普通	2 当座	口座番号	No. 1234567
フリガナ	トコロザワ ハナコ			
口座名義人	所沢 花子			

(注) 全ての欄にご記入ください。

「金融機関の名称」及び「預金の種類」は、該当する箇所

請求者と口座名義人は同一

※旧姓口座原則不可