

様式第4号一①（第7条関係）

令和 年 月 日

妊婦・妊婦歯科健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査費助成金請求書

呉市長様

請求者

住所

氏名

印

令和 年 月 日付呉保健第 号で交付決定を受けた妊婦・妊婦歯科健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査費助成金について、次のとおり請求します。

金額 円

振込先

金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合・労働金庫・農協						
支店名	支店・出張所						
預金種別	普通 ・ 当座						
口座番号							
フリガナ							
氏名							

※口座情報が確認できる通帳等の写しを添付してください。