

太枠をご記入ください。
 ※記載方法がわからない場合は健康づくり支援課
 (04-7185-1126) にお問い合わせください。

我孫子市妊産婦・乳児健康診査等助成金請求書

交付決定後の
請求日となります
 年 月 日

我孫子市長 あて

請求者は申請者
と同じ方です

請求者 住 所 我孫子市我孫子1858
 氏 名 我孫子 花子
 電話番号 04-7185-1126

妊産婦・乳児健康診査等助成金を次のとおり請求します。

請 求 金 額		円							
フリガナ		アビコ ハナコ							
対象者氏名		我孫子 花子							
住 所		我孫子市 我孫子1858							
振 込 口 座	金融機関名	〇〇	銀行 信用金庫 組合 農 協	金融機関 コード	〇〇〇〇				
	支 店 名	〇〇	支店	支店 コード	〇〇〇				
	預金の種別	普通・当座	口座番号	0	0	0	0	0	0
	フリガナ	アビコ ハナコ							
	名 義 人	我孫子 花子							

対象者は申請書に記
載した受診者氏名

請求者と同じ方です

※請求書は訂正しないでください。
書き損じた場合はもう一度ご記入ください。