

(宛先) 前橋市長

### 助成金交付請求書

前橋市妊婦健康診査費助成金、前橋市新生児聴覚検査費用助成金、前橋市産婦健康診査費助成金及び前橋市1か月児健康診査費助成金の交付を受けます。

**太枠内のみを記載して、  
窓口へお持ちください。**

記

請求者	ふりがな ( <span style="color: red;">まえばし はなこ</span> )	電話番号	<span style="color: red;">090-0000-0000</span>
	<span style="color: red;">前橋 花子</span>		
住所	<span style="color: red;">前橋市 朝日町 〇-〇-〇</span>		

1 請求額

請求額	円
(内訳)	
妊婦健康診査費用助成金	円
産婦健康診査費用助成金	円
新生児聴覚検査費用助成金	円
1か月児健康診査費助成金	円

金額の欄は  
未記入

2 振込先金融機関名等

口座名義	カナ	<span style="color: red;">マエバシ ハナコ</span>								
口座番号	銀行名	<span style="color: red;">〇〇 銀行</span>			支店名	<span style="color: red;">〇〇 支店</span>				
	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通当座	口座番号 (右寄せ・7桁)	<span style="color: red;">0</span>	<span style="color: red;">0</span>	<span style="color: red;">1</span>	<span style="color: red;">2</span>	<span style="color: red;">3</span>	<span style="color: red;">4</span>	<span style="color: red;">5</span>

※振込口座の名義が請求者以外の場合は、委任状が必要です。