

(宛先) 前橋市長

令和 年 月 日
日付は、未記入

助成金交付請求書

前橋市妊婦健康診査費用助成金、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用助成金について、下記のとおり請求します。

記

請求者	ふりがな (まえばし はなこ) 前橋 花子	電話番号	090-0000-0000
住所	前橋市 朝日町 〇-〇-〇		

1 請求額

妊婦健康診査費用助成金	請求額
	円
産婦健康診査費用助成金	請求額
	円
新生児聴覚検査費用助成金	請求額
	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	マエバシ ハナコ								
口座番号	銀行名	〇〇 銀行			支店名	〇〇 支店				
	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 (右寄せ・7桁)	0	0	1	2	3	4	5

※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。