

日高市妊婦健康診査助成金交付請求書

年 月 日

（あて先）日高市長

請求者（妊婦本人） 住 所
氏 名 印
電話番号

日高市妊婦健康診査助成金交付要綱第8条第1項の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 円

2 助成金の振込先

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農業協同組合 店		
	預金種目	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

※ 申請者本人が指定する口座をご記入ください。

※ 口座番号をもう一度ご確認ください。