

様式第3号（第10条関係）

日高市産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（産婦本人） 住 所
氏 名 印
電話番号

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた日高市産婦健康診査助成金について、日高市産婦健康診査助成事業実施規則第10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 金 円

2 振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協 支店						
預貯金種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号				
フリガナ							
口座名義人							