

年 月 日

★日付は、窓口等で確認します。記入しないでください。

三原市長 様

請求者

申請者と同一の方を記入してください。

住 所 **三原市港町3丁目5番1号**

★記入しないでください。

氏 名 **三原 花子** 

※本人が手書きした場合は、押印不要です。

三原市妊婦産婦新生児健康診査費補助金交付請求書

年 月 日付け 第 号で交付決定のありました三原市妊婦産婦新生児健康診査費補助金について、三原市妊婦産婦新生児健康診査費補助金交付要綱第8条の規定により、次のとおり請求します。

★記入しないでください。

1 金額 _____ 円

2 振込先

振 込 先	フリガナ									
	口座名義人									
	金融 機関	金融機関名	〇〇△△ <u>銀行</u> 信用金庫 農協・信用組合	支店名	××支店					
		預金種目	1. 普通・総合 2. 当座 ④ 貯蓄 9. その他 ()	口座番号	1	2	3	4	5	6
ゆうちょ銀行	記 号									
	番 号									

- 申請者名義の口座を記入してください。
- 通帳やキャッシュカードで確認をして、記入してください。
- 記号や口座番号は右詰めで記入してください。

<注意>
間違えて記入した場合は、改めて書き直してください。(訂正印不可)