

妊産婦・乳幼児健康診査費助成金交付請求書

令和 年 月 日

志布志市長 様

¥ _____

ただし、志布志市妊産婦・乳幼児健康診査費助成金として上記の金額を請求いたします。

なお、請求金額は下記口座に振り込んでください。

太枠内を記入してください。

住 所			
フリガナ氏名 (口座名義人)		電話番号	

※申請者名義の口座に限ります。

金融機関	金融機関	銀行 農協 金庫	本店 支店 出張所
	預金種類	普通・当座	口座番号 (右詰めで記入)

ご希望されるお支払方法
にご記入ください

ゆうちょ銀行	通帳記号 6桁目がある場合は※欄に記入ください					通帳番号 (右詰めで記入)						
	1			0	*							1
	店名					店						

※振込先の記載に誤りがあると助成金を振り込むことが出来ません。正確に記載してください。