

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。

記入例

太枠内を記入してください。

住 所	志布志市〇〇町〇〇〇〇		
フリガナ 氏名 (口座名義人)	シブシ ハナコ 志布志 花子	電話番号	090-××××-××××

※申請者名義の口座に限ります。

金融機関	金融機関	〇〇〇	銀行	×××	本店					
			農協 金庫		支店 出張所					
ゆうちょ銀行以外の	預金種類	普通・当座	口座番号 (右詰めで記入)	0	1	2	3	4	5	6

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	2	3	4	0	※	0	1	2	3	4	5	6	7
	店名						一二三 店							

漢数字で記入

※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。