

様式第 12 号 (第 6 条関係)

妊婦健康診査費助成金請求書

年 月 日

袋井市長 様

請求者 住所

氏名

電話

年 月 日付け袋井市指令保お 第 号により助成の決定を受けた妊婦健康診査費助成金として、次のとおり請求します。

金 円

振 込 先	
金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合 本店 支店
口座種別	普通 ・ 当座 ・ ()
口座番号	
ふりがな	
口座名義人	