

様式第 12 号（第 6 条関係）

妊婦健康診査費助成金請求書

空欄でお願いします

年 月 日

袋井市長
様妊産婦さんご本人の
住所・氏名・電話を
ご記入ください。請求者 住所
氏名
電話

空欄でお願いします

年 月 日付け袋井市指令こ健 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。

費用は空欄でお願いします

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		

妊産婦さんご本人の
振込先口座について
ご記入ください。