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。

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		