様式第４号（第７条関係）

美郷町初回産科受診料助成金請求書

請求年月日　　　　年　　月　　日

　美郷町長　様

請求者　住所

氏名

年　月　日付け　第　　号をもって支給決定を受けました美郷町初回産科受診料助成金を、次のとおり請求します。

記

請求額　　　　　　　　　　　円

下記の口座へ振り込みを希望します。※請求者が口座名義人のもの

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀　行金　庫農　協信用金庫 | 本　店支　店出張所 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ | （ｶﾀｶﾅ） |
| 口座名義 |  |