

請 求 書

大 和 市 長 あて

住 所

氏 名

印

印

産後健康診査の医療費助成金として、次のとおり請求します。

請求金額 円

本書の請求金額は、次の口座に振込を依頼します。（該当に○印をしてください）

| | | | | | | | |
|------------------|-----------------|--------------------|--------|--|--|--|--|
| 振 込 口 座 | 金融機関名 | 銀行・農協 信用金庫・信用組合 | 金融機関番号 | | | | |
| | 支店名 | 支店 | 店番号 | | | | |
| | 預金種目 | ① 普通（総合） | | | | | |
| | 口座番号 | 右づめで記入してください | | | | | |
| | 口座名義人 (カタカナ) | | | | | | |