

東松山市

妊婦健康診査
新生児聴覚検査
産婦健康診査
1か月児健康診査

助成金交付請求書

年 月 日

東松山市長 宛て

郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

東松山市妊婦健康診査助成金交付要綱第8条第1項、
東松山市産婦健康診査助成金交付要綱助成金交付要綱第8条第1項
東松山市新生児聴覚検査助成金交付要綱第8条第1項
東松山市1か月児健康診査助成金交付要綱第8条第1項の規定により、下記
のとおり助成金の交付を請求します。

記

助成金交付請求額 金 円

上記金額を下記の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合 労働金庫	本店 支店
預金種別	普通 ・ 当座	
口座番号		
フリガナ		
名義人氏名		

(注)預金通帳のコピーもしくはキャッシュカードの写しを持参してください。