

様式第6号（第10条関係）

柴田町妊産婦健康診査助成金請求書

柴田町長

殿

私は、柴田町妊産婦健康診査助成事業実施要綱第10条の規定により、次のとおり助成金を請求いたしますので振込ください。

年 月 日

請求者 住所

氏名

㊞

記

助成金請求額

円

口座振込名義人	銀行 金庫 農協	本店 支店	種目	口座番号			
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金				
			2 当座預金				
(ふりがな) 口座名義人							