

年 月 日

(宛先) 亀岡市長

亀岡市妊産婦健康診査及び新生児聴覚検査費用助成金交付請求書

(請求者) 〒

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

受診者との続柄 _____

年 月 日付けで交付決定のありました妊産婦健康診査及び新生児聴覚検査費用助成金について、亀岡市妊産婦健康診査及び新生児聴覚検査費用助成要綱第9条の規定により、下記のとおり請求します。

記

請求額	円
-----	---

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合
	支店名	支店
	預金種別	普通・当座
	口座番号	右づめで記入してください
	口座名義人 (請求者の口座)	(フリガナ)

※ゆうちょ銀行の支店名は、漢字で記入してください。

※ゆうちょ銀行の口座番号は8桁ありますが、上7桁の数字を記入してください。

(請求者と受診者が異なる場合は記入してください。)

受診者	住所 〒 亀岡市
	氏名