

年 月 日

（宛先）亀岡市長

〒
請求者 住所
氏名
受診者との続柄
電話番号

亀岡市1か月児健康診査費助成金交付請求書

年 月 日付け 第 号で交付決定の通知があった亀岡市1か月児健康診査費助成金について、亀岡市1か月児健康診査費助成事業実施要綱第13条の規定により、次のとおり請求します。

受診者氏名			生年月日	年 月 日			
受診者住所	□請求者と同じ						
請求額	円						
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合				本店 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	(フリガナ)					

※請求者名と振込先口座名義を同一名で記入してください。異なる場合は委任状が必要です。
※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。