

様式第3号（第6条関係）

年 月 日

茅野市妊婦一般健康診査及び産婦健康診査県外受診助成金交付請求書

（宛先） 茅野市長

請求者 住 所 _____

氏 名 _____

年 月 日付け第 _____ 号で交付決定及び確定のあった茅野市妊婦
一般健康診査及び産婦健康診査県外受診助成金を下記のとおり請求します。

記

1 助成金請求額 _____ 円
（内訳：妊婦一般健康診査 _____ 円 産婦健康診査 _____ 円）

2 助成金振込先

金融機 関名	銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 本所 支所	普通預金 ・ 当座預金
			口座番号
			フリガナ 名 義 人
委任状	茅野市妊婦一般健康診査及び産婦健康診査県外受診助成金の受領につい ては、上記口座名義人に委任します。 氏名		