朝日村産婦健康診査県外受診等補助金請求書

年　　月　　日

朝日村長　殿

請求者

住　所

氏　名

電　話

　　　年　　月　　日付け　第　　号で交付決定のありました朝日村産婦健康診査県外受診等補助金を請求します。

請求金額　　　　　　　　　　　　円

【振込先】　金融機関

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　口座番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （ふりがな）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　口座名義

※請求者と口座名義が異なる場合は上記口座名義に、補助金の受領を委任します。

請求者　　　　　　　　　　　　　㊞