

稲城市里帰り等妊婦健康診査受診費助成金及び新生児聴覚検査受診費助成金請求書

稲城市長 殿

請求者 住 所
氏 名
電 話
妊婦との続柄（ ）

稲城市里帰り等妊婦健康診査受診費助成金及び新生児聴覚検査受診費助成金交付要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり稲城市里帰り等妊婦健康診査助成金及び新生児聴覚検査受診費助成金の交付を請求します。

請求金額							円
------	--	--	--	--	--	--	---

上記の請求金額については、次の口座に振り込んでください。

金融機関番号				支店番号				口座種別
(金融機関名)				(支店名)				
1 銀行	4 信組	1 本店	1 普通	2 信金	5 その他	2 支店	2 当座	
3 農協		3 出張所						
口座番号				口座名義				
						フリガナ		
						名義人		

注) ゆうちょ銀行に振り込みをご希望の方は、必ず郵便局で通帳に口座振込用の店名・口座番号の印字を受け、その番号を記入してください。