

妊婦乳幼児健康診査費助成金交付請求書

令和 年 月 日

志布志市長 様

¥ \_\_\_\_\_

ただし、志布志市妊婦乳幼児健康診査費助成金として上記の金額を請求いたします。  
 なお、請求金額は下記口座に振り込んでください。

太枠内を記入してください。

住 所	
フリガナ氏名 (口座名義人)	⑩

※申請者名義の口座に限ります。

金融機関 ゆうちょ銀行以外の	金融機関	銀行 農協 金庫	本店 支店 出張所
	預金種類	普通・当座	口座番号 (右詰めで記入)

ご希望されるお支払方法  
 にご記入ください

ゆうちょ銀行	通帳記号 6桁目がある場合は※欄に記入ください					通帳番号 (右詰めで記入)				
	1			0	※					
	店名					店				

※振込先の記載に誤りがあると助成金を振り込むことが出来ません。正確に記載してください。

妊婦乳幼児健康診査費助成金交付請求書

令和 年 月 日

志布志市長 様

¥

ただし、志布志市妊婦乳幼児健康診査費助成金として上記の金額を請求いたします。  
なお、請求金額は下記口座に振り込んでください。

記入例

太枠内を記入してください。

住所	志布志市〇〇町〇〇〇〇
フリガナ氏名 (口座名義人)	シブシ ハナコ 志布志 花子 (印)

※申請者名義の口座に限ります。

金融機関 ゆうちょ銀行以外の	金融機関	〇〇〇	銀行 農協 金庫	×××	本店 支店 出張所
	預金種類	普通・当座	口座番号 (右詰めで記入)	0 1 2 3 4 5 6	

ご希望されるお支払方法  
にご記入ください

ゆうちょ銀行	通帳記号 6桁目がある場合は※欄に記入ください						通帳番号 (右詰めで記入)							
	1	2	3	4	0	※	0	1	2	3	4	5	6	7
	店名						一二三 店							

漢数字で記入

※振込先の記載に誤りがあると助成金を振り込むことが出来ません。正確に記載してください。