

様式第3号 (第6条関係)

令和 年 月 日

坂城町長 様

請求者  
住 所  
氏 名  
受診者との関係

印

坂城町1か月児健康診査県外受診費助成金請求書

令和 年 月 日付 坂福健第 号で交付決定通知のありました坂城町1か月児健康診査県外受診費助成金を下記のとおり請求します。

記

交付請求額 円

振込先金融機関

|          |      |       |
|----------|------|-------|
| 金融機関名    |      | 本・支店名 |
|          |      |       |
| 預金の種類    | 口座番号 | 口座名義  |
| 普通<br>当座 |      | フリガナ  |