

東温市個別妊婦歯科健康診査費用助成金交付請求書

赤い枠内を記入してください。

年 月 日

（宛先）東温市長

請求者（受診者）

住 所

氏 名

電 話

—

—

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた東温市個別妊婦
歯科健康診査費用助成金について、次のとおり請求します。

受 診 者 氏 名				
生 年 月 日	年 月 日			
請 求 金 額	円			
振 込 先	金 融 機 関 名		支 店 名	
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号	
	ふ り が な 義 口 座 名			

* 口座名義は請求者氏名と同一名義をご記入ください。