

東温市個別妊婦歯科健康診査費用助成金交付請求書

年 月 日

(宛先) 東温市長

請求者(受診者)

住所

氏名

印

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
	ふりか り座が 口座名 な義		

* 口座名義は請求者氏名と同一名義をご記入ください。