

年 月 日

関市長 様

住 所

氏 名

電 話 番 号

関市 1 か月児健康診査費用助成金交付請求書

年 月 日付け関市指令 第 号で交付決定を受けた関市 1 か月児健康診査費用助成金について、関市 1 か月児健康診査費用助成事業実施要綱第 7 条第 3 項の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込先

金融機関名	銀行 金庫 組合 農協			本店 支店 出張所
預貯金種別	普通・当座	口座番号 記号番号		
フリガナ				
口座名義人				