

(第9条関係)

妊婦健康診査受診費償還払い請求書

令和 年 月 日

湧水町長 池上 滝一 様

申請者 住所 湧水町

氏名 印

電話番号 ()

妊婦健康診査受診費償還払いくださるよう、湧水町妊婦・乳幼児健康診査委託事業実施要綱により請求します。

記

1 請求額 金 円

2 振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店・支店 出張所・支所
預金種別	普通 ・ 当座	
口座番号		
フリガナ 口座名義人		