

第 6 号様式（第11条関係）

1 か月児健康診査費助成金請求書

年 月 日

湧水町長 殿

(申請者) 住 所
氏 名 ㊟
電話番号

年 月 日付, 第 号で決定通知のあった 1 か月児健康診査費
助成金を給付くださるよう, 湧水町 1 か月児健康診査事業実施要綱第11条の規定により,
請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振 込 先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫	支 店 名	本店・支店 支所・出張所
預 金 種 別	普通 ・ 当座		
口 座 番 号			
フ リ ガ ナ			
口座名義人			

※口座名義人は申請者氏名と一致すること。

(役場記載欄)

受給者番号	
-------	--