様式第４号（第７条関係）

# 橿原市多胎妊婦健康診査費用助成金交付請求書

年　　月　　日

橿原市長　　様

金　　円

申請者　　住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり橿原市多胎妊婦健康診査費用助成金を請求します。

＜対象者＞

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 受診者氏名 | | | |

＜振込先＞

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 金融機関名 | 銀行<br>信金<br>農協 | | | | 本店<br>支店<br>出張所 | | | | 普通（総合）<br>当座<br>その他（　　） | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 | | | | | | | | （右づめで記入のこと） | | | | | |
| フリガナ（必須） | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | | | | | |