

令和 7 年度砥部町妊産婦健康診査費助成金交付請求書

年 月 日

砥部町長 様

請 求 者	住 所	〒 砥部町
	ふりがな 氏 名	⑩
	電 話	()

年 月 日付け砥部町指令 砥保第 号で交付決定通知のありました
令和 7 年度砥部町妊産婦健康診査費助成金について、下記のとおり請求します。

記

1 請求額 金 円

2 振込先

金融機関名	銀 行 本 店 農 協 支 店 信用金庫 出張所					
預 金 種 別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人(※)		()		
口 座 番 号						

※請求者(交付決定者)と口座名義人が異なる場合は、次の委任状欄に記入・押印してください。

委任状	
(宛先) 砥部町長 様	
年 月 日	
委任者（交付決定者）	
住所	
氏名 (署名又は記名押印)	
次の者に令和 7 年度砥部町妊産婦健康診査費助成金の受領を委任します。	
受任者（口座名義人）	
住所	
氏名	