

産婦健康診査費助成請求書

令和 年 月 日

砥部町長 様

受給者

住所 砥部町 _____

氏名 _____ ⑩

電話 () _____

次のとおり助成金の請求をします。

請求金額	金	円
------	---	---

振込先

金融機関名	銀行 農協 信用金庫		本店/本所 支店/支所 出張所			
	1 普通	2 当座	口座番号			
預金種別						
フリガナ						
口座名義人						

口座名義人が受給者でない場合は、次の委任状欄に署名又は記名押印してください。

委任状

砥部町長 様

令和 年 月 日

委任者（受給者）

住所

氏名

次の者に砥部町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