

様式第 3 号

母子健康診査等費用補助金交付請求書

年 月 日

摂津市長 様

請求者 住所

氏名

電話番号 ()

次のとおり、母子健康診査等費用補助金の交付を請求します。

請 求 金 額		円						
振 込 口 座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 本店 支店 出張所						
	預金の種類	普通 ・ 当座 ・ その他 ()						
	口座番号							
	フリガナ							
	口座名義人 (請求者)							