

母子健康診査等費用補助金交付請求書

記入しないでください

年 月 日

摂津市長 様

請求者 住所 摂津市三島1-1-1

申請者と同じ名前

氏名 摂津 はな子 ⑧

電話番号 (06) 6383-1111

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		記入しないでください							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	1	2	3	4	5	6	7	
	フリガナ	セツツ ハナコ							
	口座名義人 (請求者)	摂津 はな子							

申請者と同じ名前