

里帰り等による1か月児健康診査助成金請求書兼支払金口座振替依頼書

(あて先) 伊東市長

日付は記入しないで
ください。

年 月 日

請求者住所 伊東市大原 2-1-1

認印(スタンプ印以外)を押印

氏名 伊東 八重

伊
東
印

電話 (0557) 32 - 1582

私は、里帰り等による1か月児健康診査助成金の交付を下記のとおり請求します。
なお、請求金額については、下記口座にお振り込みください。

1. 請求金額

記

金

円

記入しないでください。
請求金額は、交付金額決定
後に職員が記入します。

2. 内訳

1か月児健康診査分

振り込みを希望する金融機関・支
店名・口座番号などを通帳等でご
確認の上、お間違いのないようご
記入ください。

3. 振込口座

振込先金融機関名		銀行				本店								
		信用金庫 信用組合				支店 出張所								
		コード	1	1	0	1	コード	1	1	0	1			
振 込 口 座	口座種別	①普通 2当座				口座番号	1	1	0	1	1	0	1	(右詰記入)
	フリガナ	イ	ト	ウ		ヤ	エ							
	口座名義	伊 東 八 重												

姓と名はスペースを空けてください。

<里帰り等による1か月児健康診査助成金請求書兼支払金口座振替依頼書記入方法>

1. 「請求者氏名」は、保護者氏名で申請書と同じ方を記入してください。
2. 「住所」は、住民登録をしている住所を記入してください。

伊
東

捨印をしてく
ださい。