

日付は空欄でお願いします。

# 産婦健康診査受診費助成金請求書兼支払金口座振替依頼書

年 月 日

(あて先) 伊東市長

請求者住所 **伊東市大原2-1-1**

氏名 **健康育子**  
電話 **(0557) 36-0111**



私は、産婦健康診査受診費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。

記

認印(シャチハタ印以外)を押印してください。

## 1. 請求金額

金 **5,000** 円

## 2. 内訳

産婦健康診査 受診分

## 3. 振込口座

振込先金融機関名	○ ○		銀行 信用金庫 信用組合	○ ○		本店 支店 出張所					
	コード			コード							
振込口座	口座種別	1 普通 2 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	(右詰記入)
	フリガナ	ケン	コウ	イク	コ						
	口座名義	健康育子									

捺印を押印してください。



<産婦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>

- 「請求者氏名」は、産婦健康診査を受けた産婦本人の氏名を記入してください。
- 「住所」は、住民登録をしている住所を記入してください。