様式第４号（第７条関係）

能代市初回産科受診料助成金請求書

請求年月日　　　　年　　月　　日

　能代市長　様

請求者　住所

氏名

年　月　日付け記号及び番号をもって支給決定を受けました能代市初回産科受診料助成金を、次のとおり請求します。

記

請求額　　　　　　　　　　　円

下記の口座へ振り込みを希望します。※請求者が口座名義人のもの

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀　行  金　庫  農　協  信用金庫 | | 本　店  支　店  出張所 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ | （ｶﾀｶﾅ） | | |
| 口座名義 |  | | |