

様式第4号（第5条関係）

南関町1か月児健康診査費用助成金請求書

年 月 日

南関町長 様

《請求者》（保護者）

住所：南関町 \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ ⑩

（口座名義人と同一）

このことについて、南関町1か月児健康診査費用助成事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 \_\_\_\_\_ 円

2 振込口座

金融機関名	銀行 本店	
	金庫 支店	
預金種別	普通・当座	口座番号
ゆうちょ銀行	記号	番号
フリガナ		
口座名義人		