

第 3 号 様 式 （ 第 7 条 ）

1 か月児健康診査助成金交付請求書

年 月 日

（あて先）印西市長

年 月 日付け印西 指令第 号で交付決定のあった1 か月児健康診査助成金について、下記のとおり請求します。

請 求 者 (助成対象者)		住 所			
		氏 名			
		電話番号		() -	
振 込 先 口 座	金融機関名				
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				
請 求 額		円			

※添付書類 振込口座の写し（口座番号が確認できるページ）