第３号様式（第７条関係）

年　　月　　日

大崎町長　　宛て

初回産科受診料助成金交付請求書

請求者　住所

　　　　氏名

　　　　　年　　月　　日付け第　　　号をもって交付決定を受けました大崎町初回産科受診料を，次のとおり請求いたします。

記

交付決定額　　　　　金　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 銀行・金庫農協・信組その他 |  | 本店・支店本所・支所出張所その他 |
| 預金種別 | 普通・当座その他(　　　) | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

　振込先口座

※　添付書類

□　振込先を指定する口座が確認できる書類（通帳又はキャッシュカードの写し）

□　申請者本人確認書類（申請者の運転免許証，健康保険証，マイナンバーカード（表面），パスポート等）