

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

振込先口座

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			

※ 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）