

様式第3号（第6条関係）

毛呂山町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付請求書

年 月 日

毛呂山町長 あて

申 請 者

住 所

氏 名

連 絡 先

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた毛呂山町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金について、下記のとおり請求します。

記

1 請求額 金 円

2 振込先口座

金融機関名	
預金種目	普通 ・ 当座 ・ その他
口座番号	
フリガナ	
口座名義	