

第3号様式(第7条)

年 月 日

(請求先)東村山市長

東村山市里帰り等妊婦健康診査費・新生児聴覚検査費補助金請求書兼口座振替依頼書

住 所 _____

氏 名 _____ ㊤

下記のとおり、東村山市里帰り等健康診査費・新生児聴覚検査費補助金を請求します。

記

請 求 金 額 金

円

東村山市里帰り等健康診査費・新生児聴覚検査費補助金は、次の口座に振り込んでください。

振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・信金・信組・農協					
	金 融 機 関 コード (4桁)						
	支 店 名	本店・支店・出張所					
	支 店 コード (3桁)						
	口 座 種 別	1 普通 ・ 2 当座					
	口 座 番 号 (7桁)※右詰め						
	口 座 名 義	フリガナ					
	氏 名						