様式第３号（第６条関係）

佐久市妊婦一般健康診査県外受診助成金交付請求書

年　　　月　　　日

（請求先）佐久市長

請求者（受診者）住所

氏名

生年月日　 　年　　　月　　　日

年　　月　　日付け佐久市指令（達）　佐健第　　　号で交付決定・確定のあった佐久市妊婦一般健康診査県外受診助成金を下記のとおり請求します。

記

1. 助成金確定額 円
2. 助成金請求額 円
3. 助成金振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  口座名義人 | 続柄 | | | | | | | | | |
| 金融機関名 |  | | | | | 支店名 | |  | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  | |  | |  | （左詰記入） |