

様式第3号（第7条関係）

年 月 日

佐久市低所得世帯の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付請求書

（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)佐こ家第 _____ 号で交付決定兼確定のあった佐久市低所得世帯の妊婦に対する初回産科受診料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								
金融機関名						支店名		
口座番号								(左詰め記入)