

様式第2号(第6条関係)

中野市多胎妊婦健康診査受診助成金交付請求書

年 月 日

中野市長 あて

申請者 住 所
氏 名
電話番号

年 月 日付け中野市達 第 号で助成金額の確定のありました中野市多胎妊婦健康診査受診助成金を下記のとおり請求します。

記

1 請求額 円

2 振込先

金融機関名		店 舗 名	
口座の種別		口座番号	
フリガナ			
口座名義			