

様式第 4 号（第 8 条関係）

1 か月児健康診査費助成金交付請求書

年 月 日

久喜市長 あて

住 所
氏 名
電話番号

年 月 日付け久 第 号で交付決定を受けた久喜市 1 か月児健康診査費助成金について、下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込口座

金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協		支店 ※ゆうちょ銀行の場合は店番
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			