

第4号様式（第8条関係）

新居浜市県外における妊婦一般健康診査、産婦健康診査及び新生児聴覚検査並びに市外における妊婦歯科健康診査に係る補助金請求書

令和 年 月 日

（宛先）新居浜市長

住 所

氏 名

母子健康手帳番号（ ）

令和 年 月 日付け指令福保第 号で交付決定のありました新居浜市県外における妊婦一般健康診査、産婦健康診査及び新生児聴覚検査並びに市外における妊婦歯科健康診査に係る補助金について、新居浜市県外における妊婦健康診査、産婦健康診査及び新生児聴覚検査並びに市外における妊婦歯科健康診査に係る補助金交付要綱第8条の規定により、次のとおり請求します。

金 円

なお、上記の金額について次の口座に振込みを依頼します。

金融機関名	銀行・農協		本店
	信用金庫		支店
	組合		出張所
預金種別	普通	(フリガナ)	()
	当座	口座名義人(※)	
口座番号			

※ 請求者と口座名義人は一致させてください。