様式第４号（第６条関係）

新居浜市妊娠判定受診料助成金請求書

年　　月　　日

（宛先）新居浜市長

申請者　住　所

ふりがな

氏　名

金　　円

年　　月　　日付け　　第　　号により交付決定のあった新居浜市妊娠判定受診料助成金を上記のとおり請求します。

<table>
<tr><td rowspan="3">指定口座</td><td rowspan="2">ゆうちょ以外の金融機関</td><td>金融機関名</td><td>店名</td><td>口座種別</td><td colspan="7">口座番号</td></tr>
<tr><td>銀行
信用金庫
組合</td><td>支店
支所
出張所</td><td>1普通
2当座
3その他
（　）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>ゆうちょ銀行</td><td></td><td colspan="5">記号</td><td colspan="7">番号（右詰で記入）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>0</td><td>の</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">口座名義</td><td>カ　ナ</td><td></td></tr>
<tr><td>口座名義</td><td></td></tr>
</table>

★請求者と口座名義人は一致させてください。