

総合周産期母子医療センター利用に係る費用助成金請求書

高浜町長 様

申請者 住 所
氏 名

⑨

金 円

総合周産期母子医療センター利用に係る費用助成実施要綱に基づき、 年 月
日付で決定通知のあった上記の金額を請求します。

年 月 日

振込先

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義人 (かな)
		普通 当座		

- ・口座番号等の確認できるもの（通帳の写し等）を添えて提出してください。