

様式第3号（第7条関係）

年 月 日

名張市長

あて

(請求者)

住 所

氏 名

印

名張市妊婦一般健康診査における県外医療機関での受診に係る費用助成請求書

年 月 日付け名張市指令第 号に交付決定された名張市妊婦一般健康診査における県外医療機関での受診に係る費用助成金を請求しますので、下記の口座へ振り込んでください。

1 請求金額 円

2 振込口座（請求者名義の口座に限ります。）

| 金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く。) | 支 店 | 預金種目 | 口座番号 (右づめでご記入ください) | | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 銀行 金庫 農協 | 本 店 支 店 出張所 | 普通 当座 | | | | | | | | |
| ゆうちょ銀行(郵便局) | 記号 (左詰で記入ください。) 6桁目がある場合は※横にご記入ください。 | | 番号 (右づめでご記入ください) | | | | | | | |
| 貯金通帳の見開き左上に記載された従来の口座の記号・番号を記入してください。 | 1 | 0 - ※ | | | | | | | | |
| (フリガナ) | *必ず記入してください。 | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | | |