

様式第6号（第10条関係）

行田市妊婦健康診査助成金交付請求書

年 月 日

行田市長

住 所  
氏 名 ⑩  
電話番号

行田市妊婦健康診査助成要綱第10条第1項の規定により、次のとおり請求します。

請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円

振 込 先	金融機関名	本店・支店・出張所	
	銀行・信金・信組・農協	預金の種類	普通 ・ 当座
	口座番号	フリガナ	
		口座名義人	
* 申請者以外の口座に振り込むときは、下記の委任について記入してください。			
私は、次の者に妊婦健康診査助成金の受領に関する一切の権限を委任します。			
受任者（口座名義人）		委任者（申請者）	
住所		住所	
氏名 ⑩		氏名 ⑩	