

様式第 3 号（第 7 条関係）

坂戸市 1 か月児健康診査助成金交付請求書

年 月 日

坂戸市長 あて

請求者 住 所
氏 名
電話番号

坂戸市 1 か月児健康診査助成金交付要綱第 7 条第 1 項の規定により、下記
のとおり助成金の交付を請求します。

記

助成金交付請求額 金 円

上記金額を下記の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行 信用金庫 農 協	支店
預 金 種 別	普通	当座
口 座 番 号		
フリガナ		
名義人氏名		