

# 妊産婦・乳児健康診査等助成金申請書兼請求書

金 \_\_\_\_\_ 円

内訳

健診（検査）日	金 額	内 容
合 計		

年 月 日

大野市長 様

上記の金額を請求します。

〒  
 請求者（申請者） 住 所  
 電話番号  
 氏 名

振 込 先

金融機関名	
支店名	
区分	普通 ・ 当座
口座番号	
口座名義	(カタカナ)