

第4号様式（第9条関係）

知多市妊婦等健康診査費補助金交付請求書

年 月 日

知多市長 様

申請者 住 所 知多市

氏 名

電話番号

年 月 日付け知多市 指令 第 号で交付決定及び補助金額の確定を受けた知多市妊婦等健康診査費補助金について、知多市妊婦等健康診査費補助金交付要綱第9条第2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 口 座	金融機関名	銀行		本店					
		金庫		支店					
		農協		出張所					
	口座番号	普通・当座							左詰で記入してください。
	フリガナ								
	口座名義人								