

記入例

第4号様式（第9条関係）

伊奈町妊産婦健康診査助成金請求書

※未記入でお願い
します

年 月 日

伊奈町長 様

住 所 伊奈町 中央五丁目179番地

フリガナ
申請者（妊産婦） **イナ マチコ**



押印

電 話 **048-720-5000**

伊奈町妊産婦健康診査実施要綱第9条第5項の規定により次のとおり請求
します。

金 円

※未記入でお願いします

振込先

金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協		本店 支店
貯 金 種 目	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

口座情報をご記入ください