

第3号様式（第8条関係）

伊奈町1か月児健康診査費助成金請求書

(宛先) ×年×月×日
伊奈町長

住 所 **伊奈町中央五丁目179番地**
申請者 **イナ マチコ** 印
電 話 **048-720-5000** 押印

※未記入で
お願いします

伊奈町1か月児健康診査費助成金交付要綱第8条の規定により、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	伊奈 銀 行 信用金庫 農業協同組合		伊奈 本店 支店
貯 金 種 目	普通 当座	口座番号	012345
フリガナ	イナ マチコ		
口座名義人	伊奈 町子		

注 申請者と口座名義人が異なる場合は、下記により委任してください。

記

上記口座名義人を代理人として、助成金の受領を委任します。

委任者 (申請者)	住所 氏名	印
受任者 (口座名義人)	住所 氏名 申請者との続柄	印