

様式第3号（第7条関係）

年 月 日

我孫子市国民健康保険健康診査受診費用助成金交付請求書

我孫子市長あて

〒

住所

請求者

氏名

電話番号

我孫子市国民健康保険健康診査受診費用助成金を次のとおり請求します。

請求金額 円

振 込 先	金融機関名		支店名		支店コード
	口座番号		区分	1 普通	2 当座
	フリガナ				
	口座名義人				
	*請求者と振込先口座名義人が異なる場合は、委任状が必要です。				

記載例

提出日をご記入ください

△年△月△日

我孫子市国民健康保険健康診査受診費用助成金交付請求書

我孫子市長あて

〒270-1192

住所

我孫子市我孫子 1858

請求者

氏名

我孫子 花子

電話番号 04 ( 7185 ) 1111

我孫子市国民健康保険健康診査受診費用助成金を次のとおり請求します。

請求金額 交付通知に記載のある金額 円

振込先	金融機関名	△△銀行	支店名	△△支店	支店コード △△△
	口座番号	△△△△△△△△	区分	① 普通 2 当座	
	フリガナ	アビコ ハナコ			
	口座名義人	我孫子 花子			
	* 請求者と振込先口座名義人が異なる場合は、委任状が必要です。				