

菰野町 1 か月児健康診査費補助金交付申請書兼請求書

請求年月日 年 月 日

三重郡菰野町長 宛

所在地
名称
代表者
電話番号

印

※法人は法人印

1 か月児健康診査を次の通り実施しましたので、補助券を添えて請求いたします。

年 月分	請求額合計 (①+②):	円
------	--------------	---

①	6,000円 × 件 =	円
②	円 × 件 =	円

※ 1 か月児健診の費用が 6,000 円以下の場合、②に金額を記載して請求をお願いします。

債権者番号

※債権者番号記入の場合、下記振込口座の記入は不要です。

●振込口座

金融機関名 _____

種 別 _____ 普通 ・ 当 座 _____

口座番号 _____

フリガナ
口座名義人 _____