

様式第4号（第5条関係）

羽生市妊婦健康診査等助成金交付請求書

年 月 日

(宛先)

羽生市長

郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

⑩

年 月 日付け羽健収第 号で交付の決定を受けた羽生市妊婦健康診査等助成金について、羽生市補助金等交付手続等に関する規則第17条第2項の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 助成金交付請求額 金 円

2 振込先

金融機関名	
本・支店名	
口座の種類	普通 ・ 当 座
口座番号	No.
口座名義人	フリガナ