

様式第3号 (第5条関係)

先天性代謝異常等検査追加検査費給付金請求書

年 月 日

つがる市長

請求者 住所

氏名

印

つがる市先天性代謝異常等検査追加検査費給付金について、下記のとおり請求
します。

記

請求金額

円

振込先口座

金融機関名	銀行・農協 金庫	本店・支店 出張所				
預金種目	普通・当座・貯蓄	口座 番号				
フリガナ						
口座名義人						

※口座が請求者の名義でないときは、以下に記入してください。

上記給付金の受領を下記代理人に委任します。

年 月 日

委任者（請求者）氏名

印

代理人住所			
代理人氏名		委任者と代理人の続柄	