

様式第4号（第10条関係）

年 月 日

つがる市長

請求者

住所

電話

氏名

印

妊婦健診アクセス支援事業助成金請求書

つがる市妊婦健診アクセス支援事業助成金について、下記のとおり請求します。

記

請求金額 円

口座振込先

ふりがな	金融機関								
口座名義人 氏 名	銀 行	農 協	信 用 組 合	信 用 金 庫	労 働 金 庫	本 店	支 店	支 所	出 張 所
口座番号									
	普通・当座								

【添付書類】 振込先の金融機関、支店名、預金種別、口座番号、口座名義（カナ）が確認できる通帳等の写し