

年 月 日

つがる市長

請求者

住所

電話

氏名

印

周産期母子医療センターアクセス支援事業助成金請求書

つがる市周産期母子医療センター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