

我孫子市国民健康保険健康診査受診費用助成金交付請求書

我孫子市長あて

〒

住所

申請者 氏名

印

電話番号

我孫子市国民健康保険健康診査受診費用助成要綱に基づき、次のとおり請求します。

対 象 者	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生 年 月 日	年	月	日 ( 歳)
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ( )		
	世帯主氏名			
	交 付 請 求 金 額	円		
振 込 先	金 融 機 関 名		支 店 名	支店 No.
	口 座 番 号		区 分	1 普通 2 当座
	フリガナ			
	口座名義人			
	*対象者と振込先口座名義人が異なる場合は、委任状が必要です。			