

五所川原市ハイリスク妊産婦アクセス支援事業助成金交付請求書

年 月 日

五所川原市長

請求者

住所：五所川原市

電話：

氏名： 印

通院や面会における交通費等自己負担金について、下記のとおり請求します。

記

請求金額合計 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	支店 本店 支所 出張所
口座番号		普通・当座	

添付書類

- ・通帳の写し