

珠洲市妊婦歯科健康診査助成金交付申請書(兼)請求書

年 月 日

珠洲市長

(申請者)

住 所 珠洲市

氏 名

電話番号 - -

請求金額 _____ 円

| | | | | |
|---------|-----------|------|---------------|-----|
| 受 診 者 | 氏名 | | 生年月日 | |
| | | | 年 | 月 日 |
| 振 込 先 | 金融機関名 | | 銀行 | |
| | | | 信用金庫 支店 | |
| | 農業協同組合 | | | |
| | 口座種別 | 口座番号 | フリガナ | |
| | 普通 当座 | | 口座名義人 | |
| 受 診 情 報 | 受 診 年 月 日 | | 受 診 医 療 機 関 名 | |
| | 年 月 日 | | | |

備 考 健康診査料領収書、診療明細書、受診結果を記入した受診票を、添付してください。

| |
|-----|
| 検 印 |
| |

