様式第８号（第７条関係）

妊婦健康診査費用助成金請求書

金額	千	百	十	万	千	百	十	円

上記の金額を請求します。

年　　月　　日

住所

氏名

（電話番号　　－　　－　　）

岩美町長　　様

振 込 依 頼 書

上記の金額を下記口座に振り込んでください。

請求者氏名

振込先

銀行名　　支店名

口座種別（ 普通 ・ 当座 ）　　口座番号

フリガナ
口座名義人　　（請求者との関係　　）