

様式第3号（第10条関係）

助成金請求書

柳川市長 様

請求者 住 所

氏 名 ㊞

電 話

産婦健康診査

に係る助成金を下記のとおり請求します。

新生児聴覚検査

記

交付請求額 産婦健康診査費 円

新生児聴覚検査費 円

振込先

金融機関名・支店名	銀行 農協 金庫	支店 支所 出張所
預金の種類・口座番号	(普通・当座) 口座番号	
ふりがな		
口座名義人		