

二宮町産婦健康診査補助金請求書

年 月 日

二宮町長 殿

住 所

氏 名

電話番号

年 月 日付けで交付決定のあった二宮町産婦健康診査補助金について、次のとおり請求します。

1 補助金請求額 _____ 円

2 補助金振込先

金融機関名		預（貯）金種目
金 庫		1 普通
銀 行	店	2 当座
組 合	所	3 その他（ ）
口座番号	口座名義	
	ふりがな	
	【口座名義は、通帳等を確認して正確に記載してください。】	