

請 求 書

金 額	万	千	百	十	円
-----	---	---	---	---	---

【申請者】

宮津市長 様		令和 年 月 日	
宮津市初回産科受診料助成金として、上記の金額を請求します。			
氏名	フリガナ 署名	個人番号	— この手続きでは個人番号の記入は不要です —
		印	
住所	京都府宮津市 (建物名等)	日中連絡先	— —

<受取口座> (以下の金融機関情報を記入してください。)

〔金融機関情報〕

金 融 機 関 名	支 店 名	種別	口 座 番 号	口座名義人(フリガナ)
銀行・信金・労金 信組・農協・漁協	本店・支店 出張所	普通 当座		

※ 上記助成金の受領を委任される時は、下記委任欄にご記入ください。

【委任欄】

宮津市初回産科受診料助成金の受領を委任します。

申請者氏名	フリガナ 署名	委任者氏名	フリガナ
申請者住所	京都府宮津市 (建物名等)	申請者 印	