

様式第 2 号（第 4 条関係）

にかほ市 1 か月児健康診査費助成請求書

年 月 日

にかほ市長 様

請求者 住 所

氏 名

電話番号

にかほ市 1 か月児健康診査費助成事業実施要綱第 4 条第 1 項の規定に基づき、次の
とおり請求します。

請求額 円

振込先金融機 関	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	
口座名義	(フリガナ)		