

請 求 書

目 黒 区 長 あて

令和 年 月 日

¥ _____

ただし、目黒区里帰り等妊婦健康診査費助成金 ¥ _____

目黒区新生児聴覚検査費助成金 ¥ _____

として上記の金額を請求いたします。

なお、請求金額は下記口座に振り込んでください。

住 所 〒

氏 名

振込先 金 融 機 関	銀 行 信用金庫 信用組合							店		
預金種目を○で囲む				口座 番号						
普通	当座	貯蓄	その他 ()							
(フリガナ)										
(口座名義)										

※口座名義欄に申請者氏名以外または旧姓を記入する場合は下欄の委任状に記入が必要になります。

私は、上記口座名義人に里帰り等妊婦健康診査費及び新生児聴覚検査助成費の 受取を委任いたします。
令和 年 月 日
氏名