

佐賀市長 様

佐賀市産婦健康診査受診費助成金交付請求書

産婦健康診査費用として下記の金額を交付されるよう請求します。

記	
名 称	金 額
佐賀市産婦健康診査費助成金	金 円

請 求 者	
〒 住 所	
氏 名	_____ 印

振 込 先 金 融 機 関									
金融機関名称		本・支店名							
預金種類	1 普通 2 当座	店番 ー 口座番号							
ふりがな									
口座名義人 (申請者名義)									

- ※請求者及び振込口座の名義は申請者と同一でお願いします。
- ※請求者の印は、申請書に押印したものと同一の印鑑をご使用ください。
- ※振込口座や名義人が確認できるものを持参ください（預金通帳等）。
- ※お預かりした個人情報厳重に管理し、佐賀市産婦健康診査助成金交付のために使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。