記 入 例

様式第３号（第７条関係）

富士見市委託外医療機関１か月児健康診査補助金交付請求書

「請求者」は、下記の「口座名義人」と
補助金交付申請書の「申請者」と同じ方の
ご記入をお願いいたします。

令和　　年　　月　　日

（ 空　欄 ）

請求者

住　　所　富士見市鶴馬３３５１－２

氏　　名　富士見　花子

電話番号　０４９（２５２）３７７４

（ 空　欄 ）

令和　　年　　月　　日付け富子応第　　号で補助金の交付決定を受けた富士見市委託外医療機関１か月児健康診査補助金については、補助金等の交付手続等に関する規則第１６条第２項の規定に（ 空　欄 ）請求します。

記

１　交付請求額　　（空　欄）　　円

請求者名義の口座を
ご記入ください。

２　補助金の振込先

金融機関名	富士見市　銀行・金庫・農協　富士見　支店
預金種類	普通預金　・　当座預金
口座番号	０００００１
ふりがな	ふじみ　はなこ
口座名義	富士見　花子

備考　通帳の写しなど振込先が分かるものを添付してください。