

都城市低所得妊婦初診料助成金請求書（委任払）

年 月 日

都 城 市 長 宛て

請求者  
住 所

医療機関等名  
代表者

印

都城市低所得妊婦初診料助成金として、下記のとおり請求します。

請求金額.....円

振込口座欄

|       |  |
|-------|--|
| 銀行名   |  |
| 支店名   |  |
| 預金種目  |  |
| 口座番号  |  |
| フリガナ  |  |
| 口座名義人 |  |