

都城市低所得妊婦初診料助成金請求書（償還払）

年 月 日

都 城 市 長 宛て

住 所 都城市

名 前

(署名又は記名押印)

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

受診日	受診医療機関
年 月 日	

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	