

助成金請求書

年 月 日

大槌町長 平野 公三 殿

申請者 住所
氏名 印
TEL
受診者との関係

大槌町妊婦歯科検診に係る負担助成要領に基づき、下記のとおり関係書類を添えて請求します

受診者	住所	大槌町
	滞在先	
	氏名	
	電話番号	
医療機関名		
医療機関所在地		
実施費用額		円 ※領収書の合計を記入
助成額※町が記入します。		円

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください)	口座名義人
銀行 信組		普通		(フリガナ)
金庫 信連		当座		
農協 信漁連				
漁協				

ゆうちょ銀行(郵便局) (通常貯蓄貯金への振込はできません)	店番	口座番号 (右詰めでお書きください)	口座名義人
			(フリガナ)

添付書類

- (1) 領収書(写) (2) 受診券のコピーまたは母子健康手帳の歯科検診ページの写し
- (3) 通帳またはカードの写し