

第3号様式（第7条関係）

請 求 書

金額		万	千	百	十	円
----	--	---	---	---	---	---

件 名 昭島市多胎妊婦健康診査受診料補助金として

年 月 日

（宛先）昭島市長

住所

氏名

印

※補助金は、下記の口座に振り込んでください。

振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店	預金 種別	1 普通預金 2 当座預金 9
口座番号				
口座名義	(フリガナ)			
	(名 義)			