

第 3 号様式（第 7 条関係）

請 求 書

金 額		十	万	千	百	十	円
-----	--	---	---	---	---	---	---

件 名 昭島市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 2 9 普通預金 当座預金
口 座 番 号				
口 座 名 義	(フリガナ)			
	(名 義)			