

第4号様式（第7条関係）

請 求 書

年 月 日

輪之内町長 様

請求者 住 所

氏 名

㊞

電話番号

年 月 日付けで承認決定を受けた若年者健康診査費の助成金について、下記の金額を請求します。

受診者	ふりがな				生年月日	年 月 日
	氏 名					
	住所					
振込先	金融機関名	銀行 農協 金庫			本・支店 支所 出張所 代理店	
	預金種別	普通 ----- 当座	口座番号		(ふりがな) 口座名義人	()
請 求 額	金 円					