

板柳町周産期母子医療センターアクセス支援事業助成金交付請求書

年 月 日

板柳町長

申請者（助成対象者）

住所：板柳町 _____

電話： _____

氏名： _____ 印

※申請者が代理人の場合は、下記に氏名・続柄をご記入ください。

氏名： _____

続柄： _____

面会における交通費等自己負担金について、下記のとおり請求します。

記

請求金額合計 _____ 円

口座振込先

ふりがな	金融機関	
口座名義人氏名	銀行・農協 信用組合 信用金庫 労 金	支 店 本 店 支 所 出張所
口座番号	普 通 ・ 当 座	

添付書類

・ 通帳の写し