

様式第2号（第8条関係）

決 裁	町長	副町長	課長	課長補佐	係長	係	(受付) 年 月 日
							(決定) 要 否

妊婦歯科検診費助成申請書

受診者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	邑南町		

(申請額) 金 円

上記のとおり申請します。(添付書類：妊婦歯科検診受診票、領収書)

平成 年 月 日

(申請者)住所： 番地

氏名： ㊟

(被受診者との続柄：)

電話番号：() —

邑南町長 様

【助成金の振込先口座】

金融機関名	() 支店・支所・出張所・代理店	口座番号	
預金種別	普通 当座	口座名義	フリガナ

* 受診者と口座名義が異なる場合は、委任状が必要です。