

年 月 日

琴浦町長 様

申請者
住 所
氏 名 ⑩

年度琴浦町妊婦健康診査費助成金口座振込依頼書

琴浦町妊婦健康診査費助成事業に係る助成金を下記口座に振込んでください。

記

振 込 先	金融機関名	銀行 店 金庫 組合 所						
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()				⑩
	口座番号							左詰で記入