

様式第5号（第10条関係）

幸田町妊産婦・乳児健康診査費等助成金支給請求書

年 月 日

（宛先）幸田町長

申請者 住所

氏名

印

幸田町妊産婦・乳児健康診査費等助成金の支給について、幸田町妊産婦・乳児健康診査実施要綱第10条第1項の規定により下記のとおり請求します。

記

助成金の支給請求額 金 円