

第4号様式（第7条関係）

年 月 日

多摩市長 殿

助成対象者（受診者本人）

住所

氏名

多摩市国民健康保険総合健康診査料助成金交付請求書

金額 _____ 円

国民健康保険総合健康診査料助成金として上記のとおり請求します。

振り込み先	銀行名	銀行（銀行コード _____）						普通・当座
	支店名	支店（支店コード _____）						
	口座番号							
	ふりがな 口座名義人							