

様式第4号（第7条関係）

薩摩川内市第3子以降妊娠祝金請求書

年 月 日

薩摩川内市長 様

（請求者）

住 所

氏 名

㊞

電話番号

年 月 日付けで支給決定のあった薩摩川内市第3子以降妊娠祝金について、薩摩川内市第3子以降妊娠祝金支給要綱第7条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込口座

金融機関名	
本・支店名	
種 別	普通 ・ 当座
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	