

子育て支援助成金 振込依頼書

年 月 日

群馬県医師会 御中

〒 _____
住 所

氏 名 _____ 印

群馬県医師会から支払われる子育て支援助成金は、下記金融機関口座へお振り込みくださるようご依頼いたします。

振込金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 店
預金種目・口座番号	1. 普通 2. 当 座 No. _____
預 金 名 義	刀がナ _____