

先天性代謝異常等検査に係る採血・指導料助成金請求書

年 月 日

（宛先）京都市長

住 所

氏 名

下記のとおり請求します。

記

金額		千	百	十	二	円
----	--	---	---	---	---	---

ただし、採血・指導料助成金として

注 請求者氏名は、受取人（口座名義人）としてください。