

年 月 日

瑞穂市長 様

申請者 住所

氏名

電話

新生児聴覚検査費助成金請求書

瑞穂市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第6条の規定により次の金額を交付くださるよう請求します。

1 請求金額 金 円

2 振込先

フリガナ								
口座名義人								
ゆうちょ 銀行以外	金融機関名				支店名			
	預金種別	普通・当座	口座番号		右詰で記入のこと			
ゆうちょ銀行		記号			番号			

※ただし、申請者本人名義の口座に限る。