

新生児聴覚検査助成金請求書

年 月 日

湧水町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号 ( )

年 月 日付で 第 号で決定通知のあった新生児聴覚検査費助成金を給付くださるよう、湧水町新生児聴覚検査費助成実施要綱第10条の規定により請求します。

記

1 請求額 金 \_\_\_\_\_ 円

2 振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店・支店 支所・出張所
預金種別	普通 ・ 当座	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		

※ 口座名義人は申請者氏名と一致すること。

(役場記載欄)

受給者番号	
-------	--