

東温市新生児聴覚検査費用助成金交付請求書

年 月 日

(宛先) 東温市長

請求者

住 所

氏 名

電 話

年 月 日付け東温健第 号で交付決定を受けた東温市新生児聴覚検査費用助成金を交付されるよう、次のとおり請求します。

受 診 者 氏 名 (児 の 氏 名)			
生 年 月 日	年 月 日		
請 求 金 額	円		
振 込 先	金 融 機 関 名		支 店 名
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	口座番号
	ふ り が な 口 座 名 義		

* 口座名義は請求者氏名と同一名義をご記入ください。