

様式第4号(第8条関係)

上毛町新生児聴覚検査費助成金請求書

年 月 日

上毛町長 様

申請者 住所 上毛町大字
(保護者)
氏名
※署名又は記名押印
(TEL)

上毛町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第8条の規定に基づき、次のとおり助成金を請求します。

1 請求額 円

2 助成金振込先

| | | | |
|-----|---------------|----|-----|
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行 | 本店 |
| | | 金庫 | 支店 |
| | | 農協 | 出張所 |
| | フリガナ | | |
| | 口座名義人 | | |
| | 口座番号 (左詰め) | 普通 | |
| | | 当座 | |