様式第３号(第６条関係)

新生児聴覚検査費助成金請求書

　　年　　月　　日

　　佐用町長　　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　印

電話

　　佐用町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。

請求金額　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関の名称 | 銀　　行・農　　協  信用金庫・信用組合 | | |  | | | 支　店  出張所 |
| フリガナ |  | 預金種目 | １　普通  ２　当座 | | 口座  番号 |  | |
| 口座名義 |  |