

様式第4号（第9条関係）

宮代町新生児聴覚検査費助成金交付請求書

年 月 日

（宛先）宮代町長

住所
氏名
電話番号

宮代町新生児聴覚検査費助成金について、宮代町新生児聴覚検査費助成金交付要綱第9条の規定により下記のとおり請求します。

記

1 交付請求金額 金 円

2 振込先

金融機関の名称	銀行 信用金庫 農協		本店 支店	
	預金の種類	1 普通	2 当座	口座番号
フリガナ				
口座名義人				