

鶴ヶ島市新生児聴覚スクリーニング検査助成金請求書

令和 年 月 日

(あて先) 鶴ヶ島市長

住 所 鶴ヶ島市 _____

氏 名 _____

鶴ヶ島市新生児聴覚スクリーニング検査助成事業実施要綱第8条第1項の規定により、下記のとおり鶴ヶ島市新生児聴覚スクリーニング検査助成金の支払いを請求します。

請求額						円
-----	--	--	--	--	--	---

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店
預金種別	普通・当座	
口座番号		
フリガナ 名義人氏名		