

様式第4号（第9条関係）

筑紫野市新生児聴覚検査料助成金交付請求書

年 月 日

(宛先) 筑紫野市長

住所 _____

請求者（保護者氏名） _____ 印

電話番号 _____ - _____ - _____

新生児聴覚検査料の助成金の交付について、下記のとおり筑紫野市新生児聴覚検査実施規則第9条第3項の規定により請求します。

記

受診者氏名 _____

請求金額 _____ 円

振込先

金融機関名		店名	
口座種別	1 普通 2 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			