

燕市新生児聴覚検査費助成請求書

令和 年 月 日

燕市長 様

請求者 住所

電話番号

氏名

令和 年 月 日付け燕子応第 号をもって交付決定を受けました
燕市新生児聴覚検査費を、次のとおり交付くださいますようお願いいたします。

記

交付決定額 金 円

今回請求額 金 円

振込先口座

金融機関名	銀行・労働金庫・農協								本店
	信用金庫・信用組合								支店
預金種別	普通・当座	口座番号							
(フリガナ) 口座名義人 〈請求者名義〉	()								