## 新生児聴覚検査費助成金交付請求書

							令和	年	月	日
苫小牧市長 様										
				;	〒					
		請求者	住	所						
			氏	名						印
			電話	番号						
苫小牧市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第15条の規定に基づき、次のとおり新生児聴覚検 査費助成金を請求します。										
				記						
1 請求金額	_					円				
2 振込先						_		_		
金融機関					銀 行 信用金庫 信用組合	本	 店 		支后	Ė,
預金種別	□普通		当座		口座番号					
フリガナ										
口座名義人										

- 注1 印鑑は交付申請書(様式第5号)に押したものと同じ印鑑を押してください。別の印鑑は無効となります。
- 注2 請求者、口座名義人は、交付申請書の申請者と同一にしてください。