

第4号様式（第8条関係）

伊奈町新生児聴覚検査費助成金請求書

未記入で
お願いします

(宛先)
伊奈町長

年 月 日

住 所 伊奈町**中央五丁目179番地**
申請者 **伊奈 花子** 印
電 話 **048-720-5000**

伊奈町新生児聴覚検査費助成金交付要綱第8条の規定により、次のとおり
請求します。

金 円

未記入で
お願いします

振込先

金融機関名	〇〇〇	銀行 信用金庫 農 協	〇〇 本店 支店
貯金種目	普通・当座	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	
フリガナ	イナ ハナコ		
口座名義人	伊奈 花子		