

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

(宛先)
伊奈町長

年 月 日

住 所 伊奈町
申請者
電 話

印

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

振込先

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