様式第６号（第12条関係）

年　　月　　日

　上市町長　宛て

請求者（保護者）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　 印

電話番号

上市町新生児等聴覚検査費用助成金交付請求書

　上市町新生児等聴覚検査費用助成事業実施要綱第12条第１項の規定により、次のとおり上市町新生児等聴覚検査費用助成金の交付を請求します。

１　助成金交付請求額　　金　　　　　　　　　　　　円

２　振込先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 |  | 銀行信用金庫農協労働金庫 |  | 本店支店出張所 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 口座名義人 |  |

　　　備考

　　　　１　振込先は、請求者の口座に限ります。

　　　　２　金融機関の欄については、必要な事項を記入し、及び該当する項目に〇を付してください。

　　　　３　預金種別の欄については、該当する項目に〇を付してください。

様式第６号（第12条関係）

**記入しないで下さい。**

記入例

年　月　日

　上市町長　宛て

請求者（保護者）

住所　　　**上市町湯上野１１７８番地**

氏名　　　**上市町　花子　　　　 印**

電話番号　**４７３－９３５６**

上市町新生児等聴覚検査費用助成金交付請求書

　上市町新生児等聴覚検査費用助成事業実施要綱第12条第１項の規定により、次のとおり上市町新生児等聴覚検査費用助成金の交付を請求します。

**初回検査費用の金額を**

**記入して下さい。**

A

１　助成金交付請求額　　　金　　　　　　　　　　円

２　振込先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | **剱岳** | 銀行信用金庫農協労働金庫 | **馬場島** | 本店支店出張所 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** | **７** |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | **カミイチマチ　ハナコ** |
| 口座名義人 | **上市町　　花子** |

　　　備考

　　　　１　振込先は、請求者の口座に限ります。

　　　　２　金融機関の欄については、必要な事項を記入し、及び該当する項目に〇を付してください。

　　　　３　預金種別の欄については、該当する項目に〇を付してください。