

新生児聴覚スクリーニング検査費助成金請求書

記入しないで  
ください

~~年 月 日~~

袋井市長

請求者 住所 袋井市久能1-1-1  
氏名 袋井 太郎 印  
電話 0538-55-5555

記入しないで  
ください

申請者のお名前  
と一緒にしてく  
ださい

~~年 月 日~~ 第 号により助成の決定を受けた新生児聴覚  
スクリーニング検査費助成金として、次のとおり請求します。

記入しないで  
ください

金 ~~円~~ 円

請求者（申請者）が名  
義人となっている口座  
をご記入ください

振 込 先	
金融機関名	袋井 銀行 信用金庫 農業協同組合 袋井 本店 支店
口座種別	普通 ・ 当座 ・ ( )
口座番号	1111111
フリガナ	フコイ タロウ
口座名義人	袋井 太郎