

様式第3号（第6条関係）

令和 年 月 日

坂城町長 殿

請求者  
住 所  
氏 名  
受診者との関係

㊞

坂城町新生児聴覚検査県外受診費助成金交付請求書

令和 年 月 日付 坂福健第 号で交付決定通知のありました坂城町新生児聴覚検査県外受診費助成金を下記のとおり請求します。

記

交付請求額 円

振込先金融機関

金融機関名		本・支店名
預金の種類	口座番号	口座名義
普通 当座		