

大洲市新生児聴覚検査費助成請求書

年 月 日

(宛先)  
大洲市長様

受診票番号

住所 大洲市

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

下記のとおり助成金の請求をいたします。

請求金額				円
振込先				
金融機関名	銀行	支店		
	農協	支所		
	金庫	出張所		
普通 / 当座 / その他	口座番号			
(フリガナ) 口座名義人				

口座名義人が助成対象者本人でない場合は、下記の委任状欄に記名・押印してください。

委任状	
(宛先) 大洲市長様	年 月 日
委任者 (助成対象者)	
住所	
氏名	印
下記の者に大洲市新生児聴覚検査費助成金の受領を委任します。	
受任者 (口座名義人)	
住所	
氏名	