

様式第3号（第11条関係）

新生児聴覚スクリーニング検査費用助成請求書

年 月 日

熱海市長 あて

住 所

請求者 氏 名

電話番号

新生児聴覚スクリーニング検査費用の助成として、次のとおり請求します。

金 \_\_\_\_\_ 円也

振込先金融機関名	銀行 農協 金庫			支店
口座の種類	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
フリガナ				
口座名義人				

口座名義人が請求者でない場合は、下記に記入してください。

新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金の受領を			
住所	氏名	に委任します。	
		年	月 日
委任者			
住所	氏名	印	