

第4号様式（第9条関係）

大磯町新生児聴覚検査助成金交付請求書

年 月 日

大磯町長 殿

住 所

氏 名

電話番号

年 月 日付け 第 号で交付決定のあった大磯町新生児聴覚検査の助成金について、次のとおり交付を請求します。

1 助成金請求額 \_\_\_\_\_ 円

2 助成金振込先

金融機関名		預（貯）金種目
金 庫		1 普通
銀 行	店	2 当座
組 合	所	3 その他（ ）
口座番号	口座名義	
	ふりがな	
		【口座名義は、通帳等を確認して正確に記載してください。】