

新生児聴覚検査費用助成金請求書

金額	千	百	十	万	千	百	十	円

上記の金額を請求します。

年 月 日

住所

氏名

（電話番号 - - ）

岩美町長 様

振込依頼書

上記の金額を下記口座に振り込んでください。

請求者氏名

振込先

銀行名

支店名

口座種別（普通・当座）

口座番号

フリガナ

口座名義人

（請求者との関係）

