

菰野町新生児聴覚スクリーニング検査費用補助(助成)金
交付申請書兼請求書

請求年月日 年 月 日

三重郡菰野町長 宛

所在地
名称
代表者
電話番号

㊟

※法人は法人印

新生児聴覚スクリーニング検査を次の通り実施しましたので、補助券を添えて請求いたします。

年 月実施分	請求額合計 (①+②):	円
--------	--------------	---

①	3,000円× 件 =	円
②	円× 件 =	円

※新生児聴覚スクリーニング検査の費用が3,000円以下の場合、②に金額を記載して請求をお願いします。

債権者番号

※債権者番号記入の場合、下記振込口座の記入は不要です。

●振込口座

金融機関名 _____

種 別 _____ 普通・当座 _____

口座番号 _____

口座名義人 _____
フリガナ