様式第４号 (第８条関係)

新生児聴覚スクリーニング検査費償還払請求書

　　　　　　　年　　月　　日

　太良町長　　様

　　下記のとおり請求します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　称 | 金　　額 |
| 新生児聴覚スクリーニング検査費助成金 | 金　　　　　　　　　　　　　円 |

請　　求　　者

　　〒

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　年　　月　　日付けで申請した新生児聴覚スクリーニング検査費の助成について、助成が適当であると認められたときは、下記の口座に振り込んで下さい。

（※請求者を決定後に提出される場合は上記一文は不要）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 　 | 銀行 | 　　信組 | 　 | 本店・支店 |
| 金庫 | 　　信漁連 |  | 本所・支所 |
| 農協 | 　 | 　 | 　 | 出張所 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | 　 |
| ゆうちょ銀行 | 　 | 　　　店 | 記号番号 | 　 | 口座番号 | 　 |
| フリガナ口座名義人 | 　 |
|

※振込みを希望する預金口座の名義は、請求される方の氏名と同じものにしてください。

※お預かりした個人情報は厳重に管理し、太良町新生児聴覚スクリーニング検査費償還払請求のために使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。