

令和7年度砥部町新生児聴覚検査費及び拡大新生児スクリーニング検査費助成金交付請求書

年 月 日

砥部町長 様

請求者	住所	〒 791-2120 砥部町宮内〇〇〇	
	ふりがな 氏名	とべ はなこ 砥部 花子	
	電話	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

年 月 日付け砥部町指令 砥保第 号で交付決定通知のありました令和7年度砥部町新生児聴覚検査費及び拡大新生児スクリーニング検査費助成金について、下記のとおり請求します。

記

- 1 請求額 金 円
- 2 振込先

金融機関名	〇〇		銀行 農協 信用金庫		〇〇		本店 支店 出張所
預金種別	普通・当座		(ふりがな) 口座名義人(※)		(とべ はなこ 砥部 花子)		
口座番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇

※請求者(交付決定者)と口座名義人が異なる場合は、次の委任状欄に記入・押印してください。

委任状

(宛先) 砥部町長 様

年 月 日

委任者 (交付決定者)

住所

氏名 (署名又は記名押印)

次の者に令和7年度砥部町新生児聴覚検査費及び拡大新生児スクリーニング検査費助成金の受領を委任します。

受任者 (口座名義人)

住所

氏名