

様式第3号（第6条関係）

富士見市委託外医療機関新生児聴覚スクリーニング検査補助金交付  
請求書

年 月 日

（宛先）富士見市長

請求者

住 所

氏 名

電話番号

年 月 日付け 第 号で補助金の交付決定を受けた富士見市委託外医療機関新生児聴覚スクリーニング検査補助金については、補助金等の交付手続等に関する規則第16条第2項の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 交付請求額 円

2 補助金の振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協 支店
預金種類	普通預金 ・ 当座預金
口座番号	
ふりがな	
口座名義	

備考 通帳の写しなど振込先が分かるものを添付してください。