

記入例

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

(空欄)

「請求者」は、下記の「口座名義人」と
補助金交付申請書の「申請者」と同じ方
ご記入をお願いいたします。

請求者

住 所 **富士見市鶴馬3351-2**
氏 名 **富士見 花子**
電話番号 **049-252-3774**

(空欄)

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(空欄)、下記のとおり請求します。

記

(空欄)

- 1 交付請求額 (空欄) 円
- 2 補助金の振込先

請求者の方の名義の口座の
ご記入をお願いいたします。

金融機関名	銀行 富士見市役所 金庫 富士見 支店 農協
預金種類	普通預金 ・ 当座預金
口座番号	0000001
ふりがな	ふじみ はなこ
口座名義	富士見 花子

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。