

年 月 日

## 柳井市妊婦・乳児健康診査・新生児聴覚検査事業補助金交付請求書

(宛先) 柳井市長

郵便番号 \_\_\_\_\_

交付決定者 住 所 柳井市

氏 名 \_\_\_\_\_

年 月 日付け 第 号で交付決定のありました柳井市妊婦・乳児健康診査・新生児聴覚検査事業補助金を下記のとおり請求します。

### 記

補助金請求額 \_\_\_\_\_ 円

振込先（本人名義の口座に限ります。）

|                 |              |
|-----------------|--------------|
| 金融機関名           | 銀行 金庫 農協 漁協  |
| 支店名等            | 本店 支店 支所 派出所 |
| 種 別             | 普 通 当 座      |
| 口座番号            |              |
| (フリガナ)<br>口座名義人 |              |