

今治市新生児聴覚検査費助成請求書

年 月 日

（宛先）今治市長

住所  
氏名  
電話（ ） -

下記のとおり助成金を請求します。

請求金額	円
------	---

金融機関名	銀行	本店
	金庫	支店／支所
	農協	出張所
普通預金 / 当座預金	口座番号	
フリガナ 口座名義人		

口座名義人が助成対象者本人でない場合は、下記の委任状欄に記入してください。

委 任 状		年 月 日
（宛先）今治市長		
委任者（助成対象者） 住 所 氏 名		
下記の者に今治市新生児聴覚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		