

**記載例 囲みの中をご記入お願いします。**

第3号様式（第9条関係）

(空欄でお願いします。) -----> 年 月 日

大垣市長 様

申請者 住所 大垣市丸の内2丁目29番地  
 氏名 大垣 太郎 (印)  
 TEL 0584-81-4111 (押印)

大垣市新生児聴覚検査費助成事業補助金交付請求書

年 月 日付けで交付決定通知を受けた大垣市新生児聴覚検査費助成事業補助金について、大垣市新生児聴覚検査費助成事業補助金交付要綱第9条の規定により、次のとおり請求します。

- 1 受診医療機関 □□マタニティクリニック
- 2 交付決定額 \_\_\_\_\_円 (上限 2,300円)  
 (空欄でお願いします。) ----->
- 3 聴覚検査に要する費用 △△△△円

振込先	金融機関名		銀行 金庫 農協						本店 支店 出張所	
	預金種別		普通 当座	(ふりがな) 口座名義人		( )				
	口座番号								(左詰記入)	
	ゆうちょ銀行 の場合	記号						/		
番号										

※ 口座名義人と申請者は同じ方をご記入ください。