

中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費助成金請求書(業者請求用)

年 月 日

八王子市長 宛

所在地

名称

代表者

印

中等度難聴児発達支援事業に係る補聴器購入費助成公費負担額について、必要書類を添えて、下記により請求します。つきましては、振込先欄記載の口座に振り込み願います。

記

1 委任者名

2 交付番号

3 請求金額(公費負担額) 円

4 補聴器等購入年月日 年 月 日

5 振込先

金融機関	()銀行・信用金庫・農協
	()本店・支店・支所
預金種別 (該当を で囲む)	1.普通 2.当座
支店番号	口座番号
(フリガナ) 口座名義人	