様式第４号（第９条関係）

松川町軽度・中等度難聴者補聴器購入助成事業請求書

 年 　　月　　 日

松川町長

請求者 住所 　松川町

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

 　　　年　　　月　　 日付 　　第　　　　号により交付金額が確定した、
松川町軽度・中等度難聴者補聴器購入助成金について、下記のとおり請求いたします。

記

１ 請求金額 　　　　　　　　　　　　　円

２ 振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名  | 銀行 　農業協同組合 信用金庫　 信用組合 |
| 本支店名  | 本店 　支店　支所 　出張所 |
| 口座種別  | 普通 　　　　　　当座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

（添付書類）

（1）領収書の写し