士幌町高齢者補聴器購入費助成請求書

年　　月　　日

　士幌町長　　　　　　　　様

申請者

住　　所　士幌町字

　氏　　名

　電話番号

　次のとおり、補聴器購入費の助成金を請求いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 士幌町字 |
| 氏名 |  |
| 補聴器購入額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 助成金請求額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 振込先 | 金融機関名 | 信金・信組　　　　　本店・本所農協・銀行　　　　　　　　支店 |
| 種別 | 普通　　・　　当座 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義（カナ） |  |
| 備考 |  |

※　この請求書に、補聴器の領収書を添付してください。