

新生児聴覚検査費・1か月児健康診査費償還払助成金請求書(記入例)

日付は記入
しないでください。

年 月 日

指宿市長 様

請求者 住 所 指宿市十町2424番地
氏 名 指宿 花子 ㊞
電話番号 0993-22-2111

年 月 日付け 指健健 第 号 で交付決定通知のあつた新生児聴覚検査費・1か月児健康診査費償還払助成金を請求します。なお、請求者名と振込口座名義人が異なる場合については、受領に関する権限を委任したものとします。

記

金額は、支給決定通知の金額になりますので、記入しないでください。

1. 請求額 金 円

2. 振込先

金融機関名	鹿児島銀行	支店名	指宿支店
預金種別	1 普通 2 当座 3 ()		
口座番号	〇〇〇〇〇〇		
フリガナ	イフスキ タロウ		
口座名義人	指宿 太郎		