

新生児聴覚検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 ①印
電話番号 (22) 2111

この行は記入しないでください。

年 月 日付け 指健健 第 号で交付決定通知のあった
新生児聴覚検査費償還払助成金を請求します。

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。
口座名義人が本人の場合は①のみ
押印です。口座名義人が本人以外の
場合、印①～③は、同じ印で、
④は別の印でお願いします。

1 請求額 金 円

2 振込先

金融機関名	鹿児島 銀行・農協 信用金庫	指宿 本店・支店 出張所・支所
預金種別	普通・当座	
口座番号	〇〇〇〇〇〇	振込依頼印
フリガナ 口座名義人	イフスキ タロウ 指宿 太郎	② 口座名義人と請求者 が違う場合は、押印く ださい。(請求者印)

3 上記受診費の受領に関することを下記の者に委任します。

委任者 住所 指宿市十町2424番地
氏名 指宿 花子 ③印
受任者 住所 指宿市十町2424番地
氏名 指宿 太郎 ④印

口座名義人が、本人以外の場合
は、ご記入・押印ください。

*注：①～③とは別の印

受診者との続柄 夫