

新生児聴覚検査費償還払助成金請求書

年 月 日

指宿市長 様

請求者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号 ()

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。

記

1 請求額 金 円

2 振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店・支店 出張所・支所
預金種別	普通・当座	
口座番号		
フリガナ 口座名義人		

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
氏名 印
受任者 住所
氏名 印 受診者との続柄