

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** ①
電話番号 **0993-22-2111**

年 月 日付け 指市こ 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 | | |