

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

年 月 日

指宿市長 様

請求者 住 所
氏 名
電話番号

印

年 月 日付け 指市こ 第 号 で交付決定通知のあっ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

1. 請求額 金 円

2. 振込先

金融機関名		支店名	
預金種別	1 普通 2 当座 3 ()		
口座番号			
フリガナ			
口座名義人			