新生児聴覚検査費償還払助成金請求書(記入例)



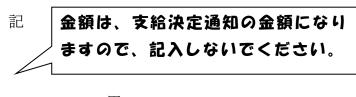
指宿市長 様

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った新生児聴覚検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。



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	000000		
フリガナ	イプスキ タロウ		
口座名義人	指宿 太郎		