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**　　㊞
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。

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	○○○○○○		
フリガナ	**イブスキ　タロウ**		
口座名義人	**指宿　太郎**		