

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つ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

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			