

日付は空欄でお願いします。

# 新生児聴覚スクリーニング検査費助成金請求書兼支払金口座振替依頼書

平成 年 月 日

(あて先) 伊東市長

請求者住所 **伊東市大原2-1-1**

氏名 **健康育子**  
電話 **(0557) 36-0111**



私は、新生児聴覚スクリーニング検査費助成金の交付を下記のとおり請求します。  
なお、請求金額については、下記口座にお振り込みください。

記

認印(シャチハタ印以外)を押印してください。

### 1. 請求金額

金 **4,700** 円

### 2. 内訳

自動ABR、OAE 検査分

### 3. 振込口座

振込先金融機関名		○ ○ <b>銀行</b> 信用金庫 信用組合				○ ○ <b>本店支店</b> 出張所											
コード		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				コード				[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]							
振込口座	口座種別	1 普通 2 当座				口座番号				1	2	3	4	5	6	7	(右詰記入)
	フリガナ	ケ	ン	コ	ウ	イ	ク	コ									
	口座名義	健康育子															

捨印を押印してください。



<新生児聴覚スクリーニング検査費助成金請求書兼支払金口座振替依頼書記入方法>

- 「請求者氏名」は、検査を受けた児の保護者名を記入してください。
- 「住所」は、住民登録をしている住所を記入してください。
- 「振込先金融機関名」は、ネット銀行を指定することができませんのでご了承ください。

