

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

年 月 日

(あて先) 伊東市長

請 求 者 住 所

氏 名

電 話 ( ) -

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

1. 請求金額

金 円

2. 内 訳

自動 ABR・OAE 検査分

3. 振込口座

振込先金融機関名		銀 行				本 店				
		信 用 金 庫				支 店				
		信 用 組 合				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				(右詰記入)
	フリガナ									
	口座名義									

<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>

1. 「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。
2. 「住所」は、住民登録をしている住所を記入してください。

