

新生児聴覚検査費助成金交付請求書

〇年 〇月 〇日

※記載不要です

久喜市長

あて

申請者

住 所 久喜市本町〇丁目〇番〇号
氏 名 久 喜 花 子
電話番号 0480-00-0000

年 月 日付け久 第 号で交付決定を受けた新生児聴覚検査費助成金
金を下記のとおり請求します。

※請求金額は、検査費用が**5,000円以上**の場合は**5,000円**、**5,000円未満**の場合は**支払った額**となります。

こども家庭保健課で記入することも可能ですので、空欄でも大丈夫です。

請求金額 金 円

振 込 先	金融機関名	銀 行 〇〇 信用金庫 農 協		〇〇 支店
	預金種別	普 通 ・ 当 座	口座番号	※ゆうちょ銀行の場合は店番 0000000
	フリガナ	クキ ハナコ		
	口座名義人	久 喜 花 子		

※ 請求書に記載した振込先と異なる振込先に変更する場合には、口座番号を確認するため、通帳をお持ちいただくか、通帳のコピー（表紙裏の見開き部分で口座名義、口座番号及び店番の記載がある部分）をお持ちください。

請求者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任状に署名してください。

私は、上記口座名義人に、久喜市新生児聴覚検査費助成金の受取を委任します。

年 月 日

請求者氏名