

年 月 日

小平市長 殿

請求者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (※)

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

小平市里帰り等新生児聴覚検査費助成金請求書

小平市里帰り等新生児聴覚検査費助成金交付要綱第8条第1項の規定により、下記のとおり小平市里帰り等新生児聴覚検査費助成金の交付を請求します。

記

請求金額

\_\_\_\_\_ 円

なお、上記の金額については、次の口座に振込みを依頼します。

金融機関名 支店名	金融機関名		支店名	
		銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所
預金種目 (該当番号を○で 囲んでください)	1 普通    2 当座    3 その他(            )			
口座番号				
フリガナ				
口座名義人 (受取人)				