

年 月 日

大和市新生児聴覚検査費用助成

請 求 書

大和市長 あて

住 所

氏 名

新生児聴覚検査の医療費助成金として、次のとおり請求します。

請求金額 円

本書の請求金額は、次の口座に振込を依頼します。（該当に○印をしてください）

| | | | | | | | |
|------------------|-----------------|----------------|--------|--|--|--|--|
| 振 込 口 座 | 金融機関名 | 銀行・農協 金庫・組合 | 金融機関番号 | | | | |
| | 支店名 | 本店 支店・出張所 | 店番号 | | | | |
| | 預金種目 | 1 普通（総合） | | | | | |
| | 口座番号 | 右づめで記入してください | | | | | |
| | 口座名義人 (カタカナ) | | | | | | |