

年 月 日

大和市新生児聴覚検査費用助成

請 求 書

 部分を記入してください

記入しないでください

大和市長 あて

住 所

申請者名、口座名義、
請求者名はすべて
母の名前にしてください

氏 名 **母の名前**

記入しないでください

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

金融機関番号は記入しないでください

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)	母の口座名義（カナ）					