

# 記入例

様式第4号（第7条関係）

## 新生児聴覚検査費助成金交付請求書

○年 ○月 ○日

※記載不要です

久喜市長

あて

※押印も忘れずにお願いします

申請者

住所 久喜市本町○丁目○番○号  
氏名 久喜花子<sup>印</sup>  
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。  
保健センター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 ○○ 信用金庫 農 協	○○ 支店
	預金種別	普通・当座	※ゆうちょ銀行の場合は店番 <b>000000</b>
	フリガナ	<b>クキ ハナコ</b>	
	口座名義人	<b>久喜花子</b>	

※ 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、下記の委任状に記名・押印してください。

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

<sup>印</sup>