



八王子市新生児聴覚検査費用助成金請求書兼支払口座振替依頼書

令和 年 月 日

八王子市長 殿

新生児聴覚検査費用助成金を、下記のとおり請求します。

〒

請求者

現住所

氏名
(産婦)

印

電話番号

()

対象者 (乳児)	住所	八王子市
	氏名	
請求金額		¥

助成金は、下記の口座にお振込みください。

金融機関名		金融機関コード				支店名		店舗コード	
銀行・信用組合						支店			
信用金庫・農協						出張所			
預金種目	口座番号(右詰め)					口座名義人			
普通						フリガナ			

※ 請求者以外の名義口座へ振込みを希望する場合は、下記の委任状が必要です。

委任状	
私は、上記口座名義人を代理人と定め、八王子市新生児聴覚検査費用助成金の受領についての権限を委任します。	
住所	
氏名 (請求者)	印