

松原市新生児聴覚検査費用償還払金支給申請書及び口座振込依頼書

令和 年 月 日

松原市長 殿

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(受検者との続柄: _____)

電 話 _____

松原市新生児聴覚検査事業実施要綱第10条第2項の規定により、下記のとおり申請します。なお、新生児聴覚検査費用償還払の支給決定のために、私の世帯の住民登録情報やその他の資料について、各関係機関に調査、照会又は閲覧することを世帯全員の同意を得た上で承諾します。支給決定後は、口座振込によって支払ってください。

記

1. 受検者

フリガナ	
氏 名	(男・女)
生年月日	令和 年 月 日 生
住 所	松原市
医療機関等 (住所・名称)	

2. 償還払金の額

金額			千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---

3. 償還払金の振込を指定する口座

金融機関名	銀 行・信用金庫・信用組合 ・労働金庫・農 協					
	支店					
預金種目 口座番号	普通・当座					
フリガナ						
口座名義人						
委任状欄	私は、上記の口座名義人に償還払金の受領を委任し、その口座に償還払金が振り込まれることを以って償還払金を受領したものと認めます。 (申請者) _____ (印)					

※申請者と口座名義人が異なる場合、委任状欄の申請者に記名押印してください。