

## 記入例

様式第2号（第10条関係）

### 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

松原市長

**記入者の氏名、住所、電話番号を記入し、押印してください。**  
**※消えるボールペン（フリクションボールペン）は使用しないでください。**  
**※ゴム印やシヤチハタで押印しないでください。**

令和 年 月 日

(申請者)

住所

氏名

(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金の支給決定のためには、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、照会を依頼し、ご協力をいただきたく存じます。ご対応いただき、誠にありがとうございます。以上で承諾します。支給決定後は、口座振込によって支払ってください。

**お子さんの氏名、生年月日、住所、医療機関名をご記入ください。**

記

1. 受検者

フリガナ			
氏名	(男・女)		
生年月日	年	月	日生
住所	松原市		
医療機関等 (住所・名称)			

**訂正印による金額の訂正はできません。**

金額									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**振込先の口座などを記入してください。口座名義人が申請者以外の場合は〔委任状欄〕も記名押印ください。**

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						
預金種目	支店						
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)						

※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。