

② 新生児聴覚検査用

第6号様式

5

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

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。

6

請求者
住 所
氏 名
(保護者)
電話番号

7

印

8

対象者 (乳児)	住 所	八王子市
	氏 名	

請 求 金 額	¥	記入不可	円
---------	---	------	---

助成金は、下記の口座にお振込みください。

9

金融機関 振込先	銀行 金 庫 農 協 信 組		支 店
	銀行番号	支店番号	
預金 種 目	1. 普通	口座番号(右詰め)	口座名義人
	2. 当座		

※ 振込先口座は請求者(保護者)名義の口座を指定してください。

※ 請求者以外の名義口座へ振込みを希望する場合は委任状が必要です。

委任状

10

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に対する代金の
受領についての権限を委任します。

住 所
氏 名
(請求者)

11

印

5

点線〇内に押印
朱肉をつけて押印
浸透印(スタンプ印)は不可

6

①に同じ

7

㊞に押印
朱肉をつけて押印
浸透印(スタンプ印)は不可

8

乳児の住所・氏名

9

振込先口座は①⑥の保護者名義

※ ゆうちょ銀行で(記号・番号(13桁))
のみ分かる場合は、記入しないで
ください

10

口座名義人が請求者氏名と違う場合

11

印に押印
朱肉をつけて押印
浸透印(スタンプ印)は不可