

様式第4号（第9条関係）

米子市新生児聴覚検査費用助成金支払請求書

米子市新生児聴覚検査費用助成金交付要綱（令和6年4月1日施行）第8条第1項の規定により、
年 月 日付け 第 号一 で交付決定の通知のありました米子市新生児聴覚検査費用助成金の支払を請求します。

年 月 日

米子市長 様

請求者 住 所
氏 名

(印)

請求金額	円
------	---

助成金は、下記の口座に振り込んでください。

振 込 先 口 座	金融機関名	銀行・信用金庫・農協					
	支店・支所名						
	預金の種類	普通・当座・その他（ ）					
	口座番号						
	フリガナ						
	口座名義人						

(注意事項)

請求者氏名を自署する場合には、押印を省略することができます。

ゆうちょ銀行の口座を指定される方は、「支店・支所名」の欄には、店番を記入してください。