

黒枠内の 部分のみご記入ください。

(第3関係)

令和 年 月 日

盛岡市長 様

請求者

請求者は妊婦さんです。  
盛岡市の住所をご記入ください。  
(転出先等の、盛岡市以外の住所は記入しない。)

住所  
氏名  
電話

## 新生児聴覚検査費助成金請求書

令和 年 月 日付指令 第 号で交付の決定の通知があった新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、盛岡市補助金交付規則の規定により、次のとおり請求します。

金 円

上記に係る助成金を次の口座に振り込んでください。

|                         |               |      |              |
|-------------------------|---------------|------|--------------|
| 名 称                     | 銀行・金庫・組合      | 口座種類 | 普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 |
| 支店名                     | 本店・支店・出張所・支所  | 口座番号 |              |
| 口座名義人<br>(申請者と同じ名義とする。) | (フリガナ)<br>氏 名 |      |              |

ゆうちょ銀行の場合のみ、支店名は、店名(漢数字)を記入。

口座名義人は産婦さん本人です。

口座番号は最大7桁です。