

年 月 日

（あて先）京田辺市長

申請者
住所

氏名

京田辺市新生児聴覚検査費用助成金請求書

京田辺市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第9条第3項の規定により、
下記のとおり請求します。

記

請求額 金 _____ 円

振込先口座

金融機関名	銀行・信用金庫・農協	本店・支店・出張所						
預金種別 (フリガナ)	普通 ・ 当座	口座番号						
口座名義								

注 申請者氏名は、受取人（口座名義人）氏名としてください。