別記第３号様式（第９条関係）

口座振込依頼書

（〒　　－　　）
住　所
氏　名

（電話番号　　－　　－　　）

年　　月　　日付けで申請した音更町指定医療機関以外の医療機関等で受診した新生児聴覚検査受診費用助成金については、下記の口座への振込を希望します。

【受取希望口座】

・金融機関又はゆうちょ銀行のどちらかを選んでご記入ください。

・振込口座は申請者本人名義の口座に限ります。

１　ゆうちょ銀行以外の金融機関

金融機関名	銀行 金庫 信用組合 農協	店名 本店・本所 支店・支所	預金種別	普通・当座・組勘
（フリガナ） 口座名義人	（　　）	口座番号		

２　ゆうちょ銀行（郵便局）

記号 （左詰でお書きください）	1				0	－	※	番号 （右詰でお書きください）									
＊貯金通帳の表紙をめくった見開きページの上部に印字又はキャッシュカードに記載された記号・番号をお書きください。 （通常貯蓄貯金への振込はできません）								（フリガナ） 口座名義人	（　　）								