

記入見本

第1号様式(第4条)

新生児聴覚検査費用助成金申請書(償還払用)

年 月 日

訂正印を使用した時のみ
押印

申請者は産婦の名前にしてください。
※申請者欄の訂正は不可

習志野市

住所 習志野市津田沼●-●-●-101

申請者氏名 習志野 花子 (産婦氏名)

(受診者の保護者) 電話番号 090 (■■■■)■■■■

申請者 (産婦)	フリガナ	ナラシノ タロウ	生 年	令和
	者(児)氏名	習志野 太郎	月 日	●年●月●日
訂正は 二重線のみ	フリガナ	ナラシノ ハナコ	生 年	平成
	名	習志野 花子	月 日	●年●月●日
住所		習志野市 (習志野市の住所を記入)	新生児聴覚 スクリーニング 検査受診票 No.	受診票 番号を記入
訂正印を使った 時のみ すべて訂正印と 申請者氏名^印		申請者と住所が同じ場合、 同上可		
指定振込先金融機関				
機関名	支店名	口座番号	口座名義人(カタカナで記入)	
〇〇銀行 (正式名称で)	××支店 (正式名称で) ※ゆうちょは店名 (漢数字)を記入	普 ・ 当 ・ 貯	1 2 3 4 5 6 7	(産婦氏名) ナラシノ ハナコ
※受診時と申請時の住所が異なる場合は、こちらもご記入ください				

産婦名義(旧姓不可)
他の口座にする場合は委任状が必要。

転出(予定)日 年 月 日

新住所 〒 - 電話 - -

《転出後の住所を記入》

※以下は記入しないでください。

受診回数	1	回	請求合計額	円
------	---	---	-------	---

受診票	領収書	診療明細書	手帳写	医療機関	住民票	担当
				/	/	