

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

習志野市長 あて

住 所
 申請者 氏 名
 (受診者の保護者) 電話番号 ()

フリガナ		生 年	
受診者(児)氏名		月 日	年 月 日
フリガナ		生 年	
保護者氏名		月 日	年 月 日
住所	習志野市	新生児聴覚 スクリーニング 検査受診票 No.	

申請者の指定振込先金融機関				
金融機関名	支店名	普 ・ 当 ・ 貯	口座番号 (7ケタで記入)	口座名義人 (カタカナで記入)

※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。

転出(予定)日	年 月 日
新住所 〒	電話 - -

※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