

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

習志野市長 あて

申請者は産婦の名前にしてください。
※申請者欄の訂正印は不可

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)

Table with columns forフリガナ (受診者/保護者), 生年 (月/日), 住所, and 新生児聴覚スクリーニング検査受診票 No. (230001)

Table for 申請者の指定振込先金融機関 (Financial Institution) with columns for 金融機関名, 支店名, 口座番号, and 口座名義人

産婦名義 (旧姓不可)
他の口座にする場合は委任状が必要。

※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。

Form for 転出(予定)日, 新住所, and 電話 (転出後の住所を記入)

受診回数、請求合計額は記入する必要はありません。

Table for 受診回数 (1回) and 請求合計額 (円)

※以下は記入しないでください。

Table for 受診票, 領収書, 手帳写, 医療機関, 住民票, and 担当