

(記載例)

(第1号様式)

日光市 新生児聴覚検査費助成の償還払い金交付申請書兼請求書

申請者記入欄		※太線の内枠のみ記入してください。	
日光市長様		令和 年 月 日	
誤記入してしまったところは必ず二重線を引いて訂正をお願いします。		申請者 (保護者)	住所 氏名 日光 太郎 電話 090-1234-5678
検査医療機関等	名称	△△産婦人科	
	所在地	栃木県日光市平ヶ崎109	
	受診年月	令和 1 年 6 月 3日	
受診者	「ゆうちょ銀行」の場合は、記号番号ではなく振込用の「店名・預金種目・口座番号」をご記入ください。		にっこう はな 日光 花 令和 1 年 6 月 1日
	金融機関名	支店名	種 別
振込先	△△銀行		普通 当座
	口座名義人	口座番号	
	フリガナ ニッコウ タロウ 日光 太郎	1234567	

※新生児聴覚検査に要した費用(保険)を添付してください。

※検査日等を確認するため、母子健康

申請者本人(保護者の方)名義の口座をお願いします。

児聴覚検査受診票

《以下は市記入欄ですので記入しないでください》

支給決定年月日	年 月 日
支給決定金額	円