

(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。		
		令和 年 月 日		
日 光 市 長 様				
		申 請 者 住所		
		(保護者)		
		氏 名		
		電 話		
検査医療機関等	名 称			
	所在地			
	検査年月日	令和 年 月 日		
受診者	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	令和 年 月 日		
振込先	金融機関名		支店名	種 別
				普通 当座
	口座名義人		口座番号	
	フリガナ			

※新生児聴覚検査に要した費用(保険診療適用外)に関する領収書と新生児聴覚検査受診票を添付してください。

※検査日等を確認するため、母子健康手帳をご持参ください。

《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