

【記入例】

第1号様式(第5条関係)

受

新生児聴覚検査費用給付申請書兼請求書

令和5年4月12日

(あて先) 八戸市長

申請者 住所 八戸市田向三丁目1-1

(保護者) 氏名 八戸花子

(児の氏名:八戸太郎 令和5年4月1日生)

電話番号 090-1234-5678

下記のとおり、新生児聴覚検査費用の給付について申請します。  
また、この申請に伴う書類すべての記載事項について、相違ありません。

申請額(請求額) 新生児聴覚検査 2回分 7,600 円

区分	検査日	単価(上限額)	金額
初回検査	令和5年4月3日	4,000円	3,800円
※確認検査	令和5年4月6日	4,000円	3,800円
合計			7,600円

※確認検査は、初回検査で要再検査になった場合のみ実施

振 込 口 座	金融機関 および 店名	青森 <input type="checkbox"/> 銀行・金庫・農協・組合 八戸市庁 店・ <input type="checkbox"/> 支店・所							
	預金種目	<input type="checkbox"/> 1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他( )							
	店番	3	1	1					
	口座番号	8	8	8	8	8	8	8	(右づめで記入してください)
	口座名義 (本人名義)	カガナ ハチハ ハコ 八戸 花子							