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

年　　月　　日

（あて先）　八 戸 市 長

申 請 者　　住　　所

（保護者）　　氏　　名

（児の氏名：　　年　　月　日生）

電話番号

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　　回分　　円

区分	検査日	単価（上限額）	金　額
初回検査	年　月　日	4,000 円	円
※確認検査	年　月　日	4,000 円	円
合　計			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	銀行・金庫・農協・組合　　店・支店・所							
	預金種目	１．普通預金　２．当座預金　３．その他（　　）							
	店　番								
	口座番号								（右づめで記入してください）
	口座名義（本人名義）	ﾌﾘｶﾞﾅ							