

八女市長

申請者・請求者

住所

氏名

受診者との関係

電話番号

八女市新生児聴覚検査費支給申請書兼請求書

新生児聴覚検査における償還払いについて、八女市新生児聴覚検査助成要綱第10条第4項の規定により、次のとおり申請し、及び請求します。

新生児聴覚 検査受診者	フリガナ			生年月日
	氏名			年 月 日
	住所	〒 八女市		
	母子健康手帳番号			
請求額内訳	健康診査 の区分	償還払上限額 (A)	受診者支払額 (B)	請求額 (A) 又は (B) いずれか少ない額
	初回検査	円	円	円
振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合	店 支店 出張所	普通・当座 (該当するものを ○で囲む)
	口座番号	フリガナ		
		口座名義人		
添付書類	検査種別等のわかる書類（母子健康手帳の写し及び検査した医療機関が発行する領収明細書等）			

<個人情報の取扱いについて>

この申請書兼請求書に記入された個人情報については、この目的以外には使用いたしません。