

令和 年 月 日

長井市新生児聴覚検査費用助成事業申請書兼請求書

長井市長 殿

申請者  
住所

氏名 ㊟

(電話番号 - - )

新生児聴覚検査を受けましたので、長井市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第10条の規定により関係書類を添えて申請及び請求します。

【太枠内をご記入ください。】

|          |              |                        |                |      |     |  |  |  |  |
|----------|--------------|------------------------|----------------|------|-----|--|--|--|--|
| 新生児氏名・性別 |              | (男・女)                  |                |      |     |  |  |  |  |
| 生年月日     |              | 令和 年 月 日               |                |      |     |  |  |  |  |
| 振込先      | 金融機関名        | 銀行<br>信用金庫<br>農協<br>支店 |                |      |     |  |  |  |  |
|          | 預金種別         | 普通・当座                  | (フリガナ)<br>口座名義 |      | ( ) |  |  |  |  |
|          | 口座<br>(右詰記入) | 店番号                    |                | 口座番号 |     |  |  |  |  |
|          |              |                        |                |      |     |  |  |  |  |
| 検査方法     |              | AABR ・ OAE             |                |      |     |  |  |  |  |
| 請求金額     |              | 円                      |                |      |     |  |  |  |  |