

第4号様式（第8条関係）

新生児聴覚検査償還払申請書兼請求書

令和 年 月 日

千歳市長 山口 幸太郎 様

申請者 住所

氏名 印  
 受給者との続柄  
 (申込者が本人以外の場合ご記入ください)  
 電話番号

関係書類を添えて、次のとおり申請します。

対象者	氏名									
	生年月日	令和	年	月	日					
	住所	千歳市								
実施内容	受診日	令和	年	月	日					
	自己負担額	円								
	償還払申請額	円								
振込先	金融機関名	支店名	口座番号（普通・当座・その他）							
									(左詰記入)	
	フリガナ									
	口座名義人									
※決定欄	決裁	課長	係長	係	係	決定年月日	令和	年	月	日
	1 上記申込内容を審査の結果、次のとおり支給する。									
	2 次の理由により、上記申込を却下する。 理由：									
支給額 円（受診回数に対する支給上限額 円）										