

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 横田 隆一 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 長	係 長	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)	