

第1号様式（第8条）

八千代市新生児聴覚に係る検査費用助成申請及び実績報告書

年 月 日

（宛先）八千代市長

郵便番号 276-

住 所 八千代市

申請及び報告者

氏 名

電話番号

八千代市新生児聴覚検査費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ		生年 月日	年 月 日
受診者名			
受診日	年 月 日		
交付申請額	円		
実績報告額	円		
振込先	銀行 信用金庫		支店 出張所
<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座	口座番号		
フリガナ			
名義人			

添付書類

- 1 未使用の新生児聴覚検査受診票
- 2 母子健康手帳に記載された聴覚検査結果の写し
- 3 検査に係る費用の領収書の原本
- 4 その他市長が必要と認める書類