

様式第2号（第7条関係）

年 月 日

牛久市長 様

申請者

住所：

氏名：

受診者との関係：

電話番号：

牛久市新生児聴覚検査助成金償還払申請書

新生児聴覚検査における償還払いについて、牛久市新生児聴覚検査助成事業実施に関する告示第7条第1項の規定により下記のとおり申請します。

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	〒 牛久市	
	電話番号		母子手帳交付No.
申請する受診票 (該当するものに○)	初回検査 ・ 確認検査		