

様式第 4 号（第 7 条関係）

年 月 日

牛久市長 様

請求者（申請者） 住所：
氏名：
電話番号：

牛久市新生児聴覚検査助成金償還払請求書

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 3 項の規定により、下記の通り助成金を請求します。

記

請求額内訳	健康診査の区分	償還払上限額	受診者支払額	請求額
		(A)	(B)	(A)又は(B)いずれか少ない額
	初回検査	円	円	円
	確認検査	円	円	円
合計請求金額	円			
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 組合		店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	(フリガナ)			
	口座名義			

※申請者（請求者）と口座名義人が異なる場合は、申請者（請求者）より委任を受けたものとみなします。