

年 月 日

志木市長殿

申請者・請求者

住所

氏名

印

受検者との関係

電話番号

志木市新生児聴覚スクリーニング検査費助成金償還払申請書兼請求書

新生児聴覚スクリーニング検査における償還払いについて、志木市新生児聴覚スクリーニング検査助成費事業実施要綱第7条の規定により下記のとおり申請し、及び請求します。

新生児聴覚スクリーニング検査受検者	フリガナ				生年月日
	氏名				年 月 日
	住所	〒 志木市			
	電話番号				
請求額内訳	健康診査の区分	償還払上限額 (A)	受検者支払額 (B)	請求額 (A) 又は (B) いずれか少ない額	
	初回検査	3,000円	円	円	
請求金額	円				
振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合	店 支店 出張所	普通・当座 (該当するものを○ で囲む)	
	口座番号 (7桁)			フリガナ	口座名義人

<個人情報の取扱いについて>

この申請書兼請求書に記入された個人情報については、この目的以外には使用いたしません。