


年 月 日

門真市長 宮本 一孝 様

記入例

門真市新生児聴覚検査費用償還払申請書

新生児聴覚検査を府外医療機関等で受診しましたので、次のとおり領収書を添えて償還払いの申請をします。

対象児	ふりがな	かどま たろう									
	氏名	門真 太郎 (お子さん本人の氏名)									
	生年月日	令和	○ 年 ○ 月 ○ 日生								
	住所	門真市 御堂町14-1									
申請者	ふりがな	かどま はなこ									
	氏名	門真 花子	※ 口座名義と同じ氏名 								
	住所	門真市 御堂町14-1									
	電話番号	(※つながりやすい電話番号を記入してください)									
	対象児との関係	母									
新生児聴覚検査内容	※空欄にしておいてください										
申請額											
新生児聴覚検査実施医療機関	所在地	○○県○○市○○町○○-○									
	医療機関名	△△病院									
振込希望口座	○○	銀行・信用金庫・信用組合									
		労金・農協									
		○○ 支店									
預金種別	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義	ふりがな	かどま はなこ
1 普通預金										門真 花子	
2 当座預金											

※ 申請者と同じ氏名