年　　月　　日

門真市長 宮本　一孝 様

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	
	氏名	
	生年月日	令和　　年　　月　　日生
	住所	門真市
申請者	ふりがな	
	氏名	㊞
	住所	門真市
	電話番号	(　　)
	対象児との関係	
新生児聴覚検査内容	自動ABR　・　OAE	
申請額	円	
新生児聴覚検査実施医療機関	所在地	
	医療機関名	
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									口座名義	ふりがな
1　普通預金											
2　当座預金											