

(あて先) 相生市長

申請者 住所

新生児氏名

(生年月日 年 月 日)

保護者氏名

電話

発行番号

新生児聴覚検査費請求書 (償還払用)

下記のとおり検査に要した費用の助成を受けたく、関係書類を添えて請求します。

請求金額 _____ 円

請求内訳 (検査費用のうち、保険適用外分のみ対象)					
受診日	医療機関名	検査費用	新生児月齢	請求金額 〔1回につき3,000円を上限とする〕	
・		円	生後 か月 日	円	
合 計		円		円	
振 込 先	金融機関 の 名 称	銀 行・農 協 信用金庫・信用組合			支 店 出張所
	フリガナ 口座名義	預金 種目	1 普通 2 当座	口座 番号	

* 医師等の証明した新生児聴覚検査受診券、費用が分かる領収書等を添付してください。