

加東市新生児聴覚検査費助成金請求書

金 \_\_\_\_\_ 円

年 月 日

加 東 市 長 様

新生児聴覚検査に要した上記金額を、加東市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第11条第1項各号の規定により必要書類を添えて請求します。

申 請 者  
住所  
氏名

1. 聴覚検査を受けた者

氏 名		住 所	
生年月日	年 月 日	利用医療機関	

2. 請 求 内 訳

内 訳	検 査 日	検査費用
初回検査		円
確認検査		円
合計額(請求額)		円

3. 添 付 書 類

- ① 聴覚検査を受けた医療機関が発行した領収書及び聴覚検査に要する費用を支払ったことが確認できる書類
- ② 検査結果の記載がある母子健康手帳

4. 振 込 先

金 融 機 関 名		金 融 機 関 支 店 名		
		(フリガナ)		支店コード
		支 店 出張所		
預 金 種 別	口 座 番 号		口 座 名 義 人	
普通・当座			(フリガナ)	

※ 個人情報の保護について

この票で得られた個人情報は、適切に保管し、本事業以外の目的には使用しません。