

様式第2号

年 月 日

大石田町新生児聴覚検査費用助成事業請求書（再検査用）

大石田町長 あて

申請者

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

新生児聴覚検査を受けましたので、検査にかかった費用について関係書類を添えて請求します。

検査の方法	検査費用	請求金額
A A B R O A E (どちらかに○をつけてください。)	円	円

振込先 (申請者)	銀行名・支店名	
	預金種別	1 普通 2 当座 (該当する方を○で囲んでください。)
	フリガナ	
	口座名義人	
	口座番号	

- 注) 1 振込先の金融機関は、申請者名義の口座を記入してください。
- 2 この請求書には次のものを添付してください。
- ①検査した医療機関が発行した領収書と診療明細書
 - ②母子健康手帳
 - ③振込先の預貯金通帳
- 上記のものは申請時に保健福祉課にて複写いたします。
- 3 請求期限は、受診日から1年以内となっています。