

新生児聴覚検査費用助成申請書

児氏名		生年月日	年 月 日
住 所	島根県飯石郡飯南町		
聴覚検査実施日	年	月	日
医療機関名		支払い額	円
<p>新生児聴覚検査を受けましたので、これにかかる費用について助成していただきますよう申請します。</p> <p style="text-align: center;"><u>請求額</u> _____ 円 (上限 3,000円)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 飯南町 _____</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 _____ (児との続柄 _____)</p> <p>飯 南 町 長 様</p>			

振込先金融機関

金融機関名		支店名	本・支店 出張所
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			

- ※添付書類 ○ 医療機関が発行する領収書、診療明細書の写し
○ 聴覚検査の実施が証明できる書類（母子健康手帳の記載事項の写しなど）