

様式2号(第8条関係)

高萩市新生児聴覚検査費用助成金支給申請及び請求書

年 月 日

高萩市長 宛て

申請・請求者

住 所

氏 名

印

受診者との関係

電 話

下記について、受託医療機関に委託して行う新生児聴覚検査実施要項第8条に基づき申請及び請求します。

記

1 受診日 年 月 日

2 受診者氏名

3 負担金額 _____ 円

決定金額

*請求金額 _____ 円

*この欄は記入しないこと

4 振込先

金融機関名	支店名	預金種目
		普通 当座
ふりがな	口座番号	
口座名義人		

注意 1 申請・請求者本人名義の口座を記入してください。

5 添付書類

新生児聴覚検査受診票、 領収書、 検査結果の写し

【新生児聴覚検査費用】みほん

マーカ一部をご記入ください。

高萩市新生児聴覚検査費用助成金支給申請及び請求書

年 月 日

高萩市長 宛て

申請・請求者

住 所 高萩市春日町○○-○
氏 名 高萩 花子 印
受診者との関係 母
電 話 080-1111-1111

下記について、受託医療機関に委託して行う新生児聴覚検査実施要項第8条に基づき申請及び請求します。

記

1 受診日 年 月 日

2 受診者氏名 高萩 たろう

3 負担金額 _____ 円

決定金額

*請求金額 _____ 円

*この欄は記入しないこと

4 振込先

金融機関名	支店名	預金種目
		普通
		当座
ふりがな	口座番号	
口座名義人		

注意 1 申請・請求者本人名義の口座を記入してください。

5 添付書類

新生児聴覚検査受診票、 領収書、 検査結果の写し