

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

\* 請求金額 \_\_\_\_\_ 円

決定金額
*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

マーカー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 高萩市春日町〇〇-〇  
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

\* 請求金額 円

決定金額

\*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	※上記の申請・請求者と同じ					

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