

苫小牧市新生児聴覚検査費助成金申請書兼請求書

平成 年 月 日

苫小牧市長 様

申請者 住所

氏名

(印)

電話

下記とおり、新生児聴覚検査費用の助成を申請します。

母子手帳番号										
フリガナ										
受診者氏名						生年月日	平成	年	月	日
医療機関名										
検査結果	検査日	平成 年 月 日					月齢	か月		日
	検査判定	右 : パス ・ 要再検					左 : パス ・ 要再検			
検査料金										円
※市記入欄	支給決定金額									円

下記の口座振込による支払いを依頼します。

< 振込先 >

振込先金融機関	機 関 名	銀行・金庫			本・支店
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号	
	口座名義人				フリガナ

※申請者と口座名義人は同一としてください。

添付書類

- ①苫小牧市新生児聴覚検査受診票【有・未交付】
- ②検査の領収書の写し
(出産費用などに含まれている場合は、明細書の写しを添付又は、検査料金が分かるように表記してください。)
- ③検査の結果がわかるもの(母子手帳など)
- ④その他市長が必要と認める書類