

新生児聴覚検査助成請求書

検査対象者	氏 名		
	生年月日	年	月 日
	住 所	三春町	
受検医療機関	名 称		
検査の種類	検査日	医療機関に支払った金額	助成額 (この欄は記入しないでください)
初回検査		円	円
確認検査		円	円
再確認検査		円	円
合計金額		円	円
助成金請求額		円	

上記のとおり請求しますので、下記口座に振込みしてください。

年 月 日

三春町長

請求者 住 所 三春町

氏 名 印

電話番号
(検査対象者との続柄:)

【振込指定口座】 ※請求者の口座を記入してください。

金融機関名	銀行・農協・信用金庫 支店・支所
口座番号	普通・当座 番号:
口座名義人氏名(漢字)	
口座名義人氏名(カナ)	

【申請に必要な書類】

・受検票、領収書、母子手帳、振込指定口座がわかるもの(通帳等)

【注意事項】

・訂正するときは、訂正印を押してください。(ただし、金額の訂正は無効です。)

・請求書の提出期限は検査を受けた日から2年以内です。