

令和 年 月 日

村山市新生児聴覚検査費用助成事業請求書

村山市長 あて

申請者

住 所

氏 名 印

電話番号 - -

新生児聴覚検査を受けましたので、検査にかかった費用について関係書類を添えて請求します。

検査の方法 AABR OAE	検査費用	請求金額
	円	円

振込先 (申請者)	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店
	預金種別	普通 ・ 当座	
	フリガナ 口座名義人		
	口座番号		

- 注) 1 振込先の金融機関は、申請者名義の口座を記入してください。
- 2 この請求書とともに、次のものの写しをお持ちください。
- ①検査した医療機関が発行した領収書と診療明細書
 - ②母子健康手帳
 - ③振込先の預貯金通帳
- 3 請求期限は、受診日から 1 年以内となっています。