

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 <b>AABR</b> <b>OAE</b>	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、次のものをお持ちください。

保健課にて複写しお返しいたします。

①検査した医療機関が発行した領収書と診療明細書 (原本)

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。

課 長	補 佐	主 査	係 長	主 任	係

受 付

検収印