様式第２号

年　　　月　　　日

大石田町新生児聴覚検査費用助成事業請求書（再検査用）

　大石田町長　　　　　　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 検査費用 | 請求金額 |
| ＡＡＢＲＯＡＥ（どちらかに〇をつけてください。） | 円 | 円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先（申請者） | 銀行名・支店名 |  |
| 預金種別 | １普通　２当座　（該当する方を〇で囲んでください。） |
| 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　この請求書には次のものを添付してください。

　　　　　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

　　　　上記のものは申請時に保健福祉課にて複写いたします。

　　３　請求期限は、受診日から１年以内となっています。