

様式第2号(第6条関係)

健診にかかった費用を記載してください。(上限5,000円)
5,000円を超えた場合も「5,000円」と記入をお願いします。

新生児聴覚検査費請求書

¥ _____

年 月 日の新生児聴覚検査に要した費用について、
受診報告書 (枚) ・領収書を添えて請求します。

神河町長 様

年 月 日

実施医療機関 所在地

名称

医師名 (印)

住所・氏名・電話番号・押印・
振込先(申請者本人)の記入を
お願いします

効成対象者が請求する場合

住所

氏名 (印)

【振込先】

振込先金融機関名	銀行・信用金庫・農協	支店名	支店
口座名義人	フリガナ		
口座番号	預金種別	1 普通 2 当座 3 その他	