

白老町新生児聴覚検査費給付請求書

年 月 日

白老町長 様

申請者 住所

氏名

印

電話

下記のとおり、新生児聴覚検査費用の給付を申請します。

受診券番号			
新生児氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日
医療機関	名 称		
	住 所		
検査結果	検査日	年 月 日	月齢 カ月 日
	検査判断	左： パス ・ 要再検	右： パス ・ 要再検
検査料金			円
※町記入欄	支給決定金額		円

下記の口座振込による支払いを依頼します。

<振込先>

振込先 金融機関	機 関 名	銀行・金庫		本・支店
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座 名義人	ふりがな		

※ 申請者と口座名義人は同一としてください。

添付書類

- ① 白老町新生児聴覚検査受診票 【 有 ・ 未交付 】
- ② 検査の領収書の写し
(出産費用などに含まれている場合は、診療明細書の写しを添付又は、検査料金が分かるように表記してください。)
- ③ 検査の結果がわかるもの(母子手帳など)
- ④ その他町長が必要と認める書類

町決裁欄	課長	GL	主査	係	合 議

/ 上記請求について、下記のとおり支払いしてよろしいか伺います。

償 還 決 定 額	円
支 払 日	年 月 日
支 払 方 法	指定の口座に振り込み