

名寄市新生児聴覚検査費用助成申請書兼請求書

名寄市長 様

以下のとおり、申請します。

申請者	現住所	〒 名寄市  (TEL - - )		
	母の氏名		生年月日	年 月 日
	受診者氏名		生年月日	年 月 日
	受診医療機関			
受診日及び支払金額				
聴覚検査の種類	検査受診年月日	助成上限額	支払金額	助成対象額
自動ABR	年 月 日	円	円	円
OAE	年 月 日		円	円
上記の金額を請求します。（領収書別添のとおりに）				
年 月 日				
名寄市長 様				
住所 名寄市 _____				
氏名 _____				
受診者との続柄 _____				

振込先	金融機関名		本店 支店
	口座種別	普通 ・ 当座	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義		

注1 黒のボールペンで記入してください。

注2：金額の訂正はできません。

注3：助成金には上限額があります。支払金額とは異なりますのでご注意ください。