

様式第 4 号

新生児聴覚検査費用給付申請書

関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検査費用の給付を申請します。
なお、本申請の審査に必要な範囲で戸籍等の確認を行うことに同意します。
申請者と口座名義人が異なる場合は、受領を口座名義人に委任します。

記

※太枠内のみご記入ください。

給付対象者 ※三沢市に住所のある 保護者または児の氏名		みさわ たろう 三沢 太郎		S・H・R ○年○月○日	
給付対象者の 住所 電話番号		〒033-0000 三沢市00町00 000-0000-0000			
出産年月日		令和○年○月○日			
児の氏名		みさわ こたろう 三沢 小太郎			
検査機関名		00000病院			
検査内容		給付申請額			
初回検査		円			
確認検査		円			
精密検査		円			
		申請額合計 円			
三沢市長 殿					
記入不要⇒ 年 月 日					
申請者氏名 三沢 太郎 (押印不要)					
給付対象者との続柄 (本人)					
振込先	金融機関名	△△ 銀行 □□ 支店		ゆうちょ銀行の場合は 漢数字で支店名を記入	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	口座名義人	みさわ たろう 三沢 太郎			

- 添付書類：①検査結果等が記載された受診票
②聴覚検査結果が確認できる母子健康手帳の写し
③検査費用が確認できる医療機関が発行した領収書または明細書
④振込口座等が確認できる預金通帳の写し

上記申請に基づく 給付決定額	課長	課長補佐	係長	担当者	受付者
円					