

新生児聴覚検査費助成申請書

年 月 日

中 標 津 町 長 様

申請者住所
中標津町

申請者氏名 _____ 印

新生児聴覚検査費用の助成を受けたいので、証拠書類を添えて申請いたします。

記

ふりがな 受診者氏名					
生年月日	年	月	日		
受診年月日	年	月	日		
受診医療機関名					
支払い先	金融機関名	銀行・金庫	支店	種別	普通預金 当座預金
	口座番号		口座名義人		

- ※上記太枠の中のみ記入してください
- ※口座振替でお支払いいたしますので支払い金融機関などを正確にご記入ください。
- ※自己負担額が助成基本額を下回る場合は、自己負担額が上限となります。

請求額	円	支給決定額	円
-----	---	-------	---

申請書は中標津町保健センター健康推進課 母子健康係(0153-72-2733)へ提出してください。