

新生児聴覚検査費請求書

年 月 日

高取町長 様

請求者：住 所 高取町

氏 名 印
(続柄：)

電話番号

下記のとおり検査に要した費用の助成を受けたく、関係書類を添えて請求します。

記

請求金額 _____ 円

保護者氏名				続柄	
保護者住所				電話番号	
新生児氏名		男・女	生年月日	年 月 日生	
初回検査	検査日	検査方法	検査費用	月齢 ※検査日	請求金額 ※各検査上限3,000円
		AABR OAE	円	か月 日	
	医療機関名				
確認検査	検査日	検査方法	検査費用	月齢 ※検査日	円
		AABR OAE	円	か月 日	
	医療機関名				
振 込 先 ※保護者名義の口座に限ります。					
振込先	金融機関	銀行 組合 金庫 農協			本店 支店(支所) 出張所
	預金種別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人		
	口座番号				

※添付書類 新生児聴覚検査の結果の写し
聴覚検査に係る領収書
母子健康手帳(1頁)の写し