

様式第1号(第6条関係)

亀山市新生児聴覚スクリーニング検査費助成金交付請求書

年 月 日

亀山市長 様

請求者(保護者)

〒

住 所

フリガナ

氏 名

※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

電話番号

下記のとおり、新生児聴覚スクリーニング検査を行いましたので、助成金を交付されたく、新生児聴覚スクリーニング検査領収書等を添えて請求します。なお、対象者等の確認のため住民基本台帳を確認することに同意します。

1 請求額 _____ 円

2 検査者名等

被検査者氏名	生年月日	検査日	検査料金	医療機関等の名称
	年 月 日	年 月 日	円	

3 振込先

振 込 先	銀行 農協 信用金庫		支店 支所
	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ		
	口座名義人		

添付書類

- 1 新生児聴覚スクリーニング検査領収書(様式第2号)又は聴覚検査を受けた医療機関等が発行する領収書その他の当該聴覚検査に係る支払額が確認できる書類
- 2 新生児聴覚スクリーニング検査結果票(様式第3号)又は母子健康手帳の一部の写しその他の聴覚検査の結果が確認できる書類