

開成町新生児聴覚検査費用助成申請書兼請求書

年 月 日

開成町長様

[申請者]

住 所

氏 名

㊞

電話番号

[対象児]

氏 名

生年月日

新生児聴覚検査費用を次のとおり請求します。なお、支払事務にあたり、住民基本台帳を確認すること及び領収書の内容について医療機関に確認をすることに同意します。

請求金額	円
------	---

自動聴性脳幹反応検査(AABR) 又は 聴性脳幹反応検査(ABR)	委託外医療機関受診	件	円
	補助券以下	件	円
耳音響放射検査(OAE)	委託外医療機関受診	件	円
	補助券以下	件	円

振込み先口座

銀行名	銀行・信金・農協・労金
支店名	支店
預金種目	普通・当座
口座番号	
ふりがな	
口座名義人	