

(様式第2号)

年 月 日

## 新生児聴覚検査費用助成事業請求書

舟形町長 殿

請求者（申請者）

住 所 舟形町

氏 名

電話番号 — —

新生児聴覚検査を受けましたので、検査にかかった費用について関係書類を添えて請求します。

検査の方法		検査費用	町助成額	請求金額
AABR OAE		円	円	円
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協 支店		
	預金種別	普通 ・ 当座	(フリガナ) 口座名義	( )
	口 座 (左詰記入)	店番号	口座番号	

### \* 注意事項 \*

この請求書には次の書類を添付してください。

- ① 検査した医療機関が発行した領収証
- ② 母子健康手帳
- ③ 振込先の預貯金通帳

①～③は町で複写いたしますので、  
原本をご持参ください。

### 新生児聴覚検査費用助成事業請求書（再検査用）

舟形町長 殿

請求者（申請者）

住 所 舟形町

氏 名

電話番号 — —

新生児聴覚検査を受けましたので、検査にかかった費用について関係書類を添えて請求します。

検査の方法		検査費用	町助成額	請求金額
AABR OAE		円	円	円
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協 支店		
	預金種別	普通 ・ 当座	(フリガナ) 口座名義	( )
	口 座 (左詰記入)	店番号	口座番号	

**\* 注意事項 \***

この請求書には次の書類を添付してください。

- ① 検査した医療機関が発行した領収証
- ② 母子健康手帳
- ③ 振込先の預貯金通帳

①～③は町で複写いたしますので、  
原本をご持参ください。