

新生児聴覚検査受診料償還払い請求書

守谷市長 様

年 月 日

申請者氏名	住 所	電話番号
印	〒 ー 守谷市	

次のとおり、健康診査受診料の償還払いを請求します。なお、本申請にあたり、公費負担の決定に必要な範囲内において、市が保有する対象者及び保護者に関する情報を照会すること並びに健康診査の内容等を医療機関に照会することに同意します。

対 象 児	フリガナ		生年 月 日	年 月 日	
	氏 名				
	住 所 ※申請者と異なる場合のみ記入	守谷市			
医 療 機 関	名 称	電話番号			
	所在地				
実施検査 年 月 日		☐ 初回検査 年 月 日 (生後 日)		☐ 確認検査 年 月 日 (生後 日)	
償還払い 請 求 額		円			
振 込 先	金 融 機関名	銀行 信金 信組 農協		支店名	支 店 出張所
	コード			コード	
	預 金 種 目	普通	口座番号		
	口 座 名 義	フリガナ			

- ※ 添付書類 ①検査結果を記載し、医療機関等から返戻された受診票
②新生児聴覚検査にかかる費用の領収書
③母子健康手帳

※ 振込日の通知は行いません。

※ 請求できるのは、検査を受診した日から1年以内です。

本 票 審査者