

様式第2号 (第5条関係)

新生児聴覚検査受診料償還払い請求書

対象児	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日		
	住所	守谷市						
医療機関	名称							
	住所	電話番号						
実施検査 年月日	<input type="checkbox"/> 初回検査	年	月	日	<input type="checkbox"/> 確認検査	年	月	日
		(生後 日)			(生後 日)			
償還払い 請求額	円							
振込先	金融 機関名	銀行	信金	支店名	支店			
		信組	農協		出張所			
	預金 種目	普通	口座番号					
口座 名義人	フリガナ							
上記により、新生児聴覚検査受診料の償還払いを請求します。								
年 月 日								
申請者 住 所								
氏 名 (印)								
電話番号								
守谷市長 宛て								

- ※ 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新生児聴覚検査に係る費用の領収書
- 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、新生児聴覚検査を受診した日から1年以内です。

本 票 審査者