

様式第4号（第8条関係）

淡路市新生児聴覚検査費助成金請求書

年 月 日

淡路市長様

請求者 住所  
氏名 ⑩  
電話番号 ( ) - 番

淡路市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第8条の規定により、次のとおり請求します。

1 聴覚検査を受けた者

氏名		住所	
生年月日	年 月 日	利用医療機関	

2 請求内訳

内 訳	検 査 日	検査費用
初回検査	年 月 日	円
確認検査	年 月 日	円
合計額（請求額） ※上限5,000円		円

3 助成金の振込先金融機関

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・支店
口座種別	普通・当座・その他 ( )	
口座番号		
口座名義人	(カタカナでご記入ください。)	

添付書類

- 聴覚検査を受けた医療機関が発行した領収書の写し
- 聴覚検査に係る費用の支払を証する書類の写し
- 検査結果の記載がある母子健康手帳
- 未使用の助成券