

横浜町新生児聴覚スクリーニング検査費用助成申請書兼請求書

年 月 日

横浜町長 様

申請者

住所

氏名

印

横浜町新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金の交付を受けたいので、下記の通り申請および請求します。

新生児	氏名	生年月日	年 月 日
	住所	横浜町字	
聴覚検査	検査日	医療機関名	検査費用
	年 月 日		円
振込先 金融機関	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協	本店 支店 支所
	預金種別	普通 ・ 当座	
	口座番号		
	口座名義		

【添付書類】

- (1)検査した医療機関等が発行した検査費用に係る領収書
- (2)母子健康手帳(新生児聴覚検査記録用紙等)
- (3)振込口座の確認ができる通帳(コピー可)