

河北町新生児聴覚検査費用請求書

年 月 日

河北町長 様

申請者
住所.....

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	町負担上限額	請求金額
A A B R O A E	円	5,000 円	円

振込先 (申請者)	金融機関名				本・支店名		
	預金種別	普通　・　当座					
	フリガナ 口座名義人						
	口座番号 (左詰めでご記入 ください。)						

- 注 1) 振込先の金融機関は、申請者名義の口座を記入してください。
- 2) この請求書には次のものを添付してください。
- ①聴覚検査を受けた際の領収書または診療明細書
 - ②母子健康手帳
 - ③振込先の通帳
- 上記のものは申請時にこどもみらい課にて複写いたします。
- 3) 請求期限は、受診日から1年以内となっています。