

大村市新生児聴覚検査費支給申請書

対象児	フリガナ		生年 月日	年 月 日生																			
	氏名																						
	住所																						
医療機関名		聴覚検査	検査日	申請額	限度額	決定額																	
		初回検査		円	3,000円	円																	
		確認検査		円	3,000円	円																	
振込先金融機関		本店・支店名		種別	口座番号	口座名義(フリガナ)																	
銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所		普通 当座 その他		-----																	
上記のとおり、新生児聴覚検査費の支給を申請します。						受付印																	
大村市長様																							
申請者																							
〒856-																							
住 所 大村市																							

氏 名																							

(対象児との関係：)																							
電話番号 - -																							

◎ 添付書類

- (1) 医療機関発行の新生児聴覚検査に要した費用の領収書
- (2) 母子健康手帳