

様式第 2 号

【令和4年度】鳥取市新生児聴覚検査助成金・乳児健診費申請書

鳥 取 市 長 様

標記について、次のとおり領収書等を添えて申請します。 ※太枠内をご記入ください。

受診者	氏 名										
	生年月日	令和	年	月	日						
	住 所	鳥取市									
受診項目 (○を記入)	新生児聴覚検査	3 ～ 4 か月児健診		9 ～ 1 0 か月児健診							
受診年月日											
自己負担額 (円)											
助成限度額	2, 000	6, 280		6, 280							
申請金額	円										
申請理由	契約外医療機関で受診したため										
年 月 日											
郵便番号〒 -											
(申 請 者) 住 所											
氏 名 ⑩											
受診者との続柄											
電 話											
下記口座に振込みください。											
金融機関名	支店名	預金種別	口座番号						座名義 (カタカナで記入)		
銀行 金庫 農協 組合		普通 当座									

※申請者は、原則として保護者とします。保護者以外が申請する場合や、申請者と口座名義人が異なる場合には、委任状が必要

捨 印