

様式第2号

【令和5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		9～10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 ㊟						
		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
