

【令和7年度】鳥取市新生児聴覚検査助成金・乳児健診費申請書

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	1 か月児健診	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, 000	6, 390	6, 390		
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 (印)						
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			口座名義 (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、委任状が必要です。

捨 印
