様式第２号（第５条関係）

舟橋村新生児等聴覚検査費用助成金請求書

年　　　月　　　日

舟橋村長　あて

住　　　所

医療機関名

代表者名　　　　　　　　　　　　　印

舟橋村新生児等聴覚検査費用助成事業実施要綱第６条の規定に基づき、

年　　　月分の新生児等聴覚検査費用助成金を下記のとおり

舟橋村新生児等聴覚検査受診票を添えて請求します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　　分 | | 助　成　額 | 人　　数 | 金　　　額 |
| 新生児等聴覚検査 | 自動ＡＢＲ検査 | 円 | 人 | 円 |
| ＡＢＲ検査 | 円 | 人 | 円 |
| ＯＡＥ検査 | 円 | 人 | 円 |
|  | | | 合　　計 | 円 |

　　※検査の種別ごとに、ご記入ください。

振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金　融  機　関 | 銀行  信用金庫　　　店  農協 | 口座種別 | 普通・当座 |
| 口座番号 |  |
| 口　座  名義人 | フリガナ | | |
|  | | |

　　　※舟橋村に請求するのが初めての医療機関のみご記入ください。