

【令和8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 ～ 10 か月児健診				
受診年月日											
自己負担額（円）											
助成限度額		3,000	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 ㊟									
		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							

捨 印