

様式第2号

【令和6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	6,390	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 <span style="float: right;">印</span> 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