

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 ⑩								
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