

別記

第1号様式（第11条関係）

新生児聴覚検査費用払戻し申請書

年 月 日

柏 崎 市 長 様

(申請者)

郵便番号 ー

住 所

氏 名

(続柄)

電 話 ()

次のとおり委託医療機関以外で新生児聴覚検査を受診したので、関係書類を添えて新生児聴覚検査費用払戻しの申請をします。

1 対 象 者

(ふりがな) 氏 名	(男・女)	生 年 月 日	令和 年 月 日
住 所 ※申請者と 異なる場合 のみ記入	〒 ー 柏崎市		

2 新生児聴覚検査費用内訳

※子育て支援課記入欄

受診年月日	医療機関名	(保険適用外) 自己負担額	払戻上限額	払戻金額	添付 書類
年 月 日		円	5,000 円	円	□

3 振 込 先

金 融 機 関 名	銀行	支店
口座の種類・口座番号	普通	当座
(フリガナ) 口 座 名 義 人		