様式第２号（第８の３関係）

長野市新生児聴覚検査料請求書

年　　月　　日

（宛先）長野市長

長野市が指定する医療機関以外で受検した新生児聴覚検査の費用について、関係書類を添えて請求します。

請求者（出生児の母）

住　　所　〒　　－

長野市

氏　　名

電話番号　　－　　－

請求額　　円

ふりがな		生年月日	年　月　日
受検者氏名			

受検年月日	初回検査	年　月　日
	確認検査	年　月　日
受検した医療機関	名　称	
	所在地	

振込先	金融機関名	銀行・金庫 信組 農協								本店 支店 出張所
	口座番号(左詰記入)									
	ゆうちょ銀行(左詰記入)	店番号				（漢数字３桁を記入）				
		番号								
	預金種別	普　通	（フリガナ） 口座名義人	（　　）						
		当　座								

注意事項

○この請求書に下記の書類を添付してください。

１．新生児聴覚検査受検票
（医療機関記入欄及び検査結果が記入された受検票）

２．医療機関発行の領収書（原本）・診療明細書

○書類は、対象新生児の出生後一年以内に提出してください。