

※購入の場合に提出(医療機関に支払った領収書を添付)

様式第7号(第8条関係)

補聴器交付に係る検査料請求書

平成 年 月 日

島本町長 様

申請者(保護者) 住所 島本町

氏名 ㊟

島本町軽度難聴児補聴器交付事業実施要綱に基づく補聴器の交付に係る検査料の助成について、下記のとおり申請します。

記

申 請 額								円
-------	--	--	--	--	--	--	--	---

(申請内訳)

検 査 日	平成	年	月	日
	平成	年	月	日

備考

- *他の制度により検査料の助成を受けている場合は、申請できません。
- *申請額は、検査に要した費用(初診料及び再診料を含む。)です。
- *上記の費用について、医療機関の発行した領収書を添付してください。
- *検査日は、補聴器交付意見書(様式第2号)の医療機関等が証明した日のみです。
- *検査費用以外の費用(文書料等)は対象になりません。

振込先

振込先金融機関名	預金種別	普通・当座
銀行・金庫 農協・組合	□座番号	
	フリガナ	
支店	□座名義	

上記のとおり振込みを依頼いたします。
この振込みがなされたときは、その金額に係る債権が弁済されたものとします。

平成 年 月 日

島本町会計管理者 様

債権者 住所 島本町

氏名 ㊟