

豊能町新生児聴覚検査償還払申請書兼請求書（償還払い）

豊能町長 宛

豊能町新生児聴覚検査実施要綱第11条の規定により、必要書類を添えて申請します。

また新生児聴覚検査費助成金を交付決定するにあたり、必要があるときは住民基本台帳の閲覧や、新生児聴覚検査機関への支払い内容等を確認することを了承します。

			申請日	年 月 日	
申請者氏名	⑨	児との 続柄	電話 番号		
申請者の住所					
フリガナ					
受検者氏名 (対象児)	男・女		生年月日	年 月 日	
受検者住所 <small>※特許と異なる場合は記載</small>	豊能町		電話番号		
フリガナ					
母親の氏名			生年月日	年 月 日	
受検した医療機関等					
検査日	検査方法 <small>(いずれか当てはまる方に○)</small>	償還払い上限(A)	支払額(B)	請求額(A)又は(B)の いずれかの少ない額	
年 月 日 (生後 日)	自動 ABR ・ OAE	自動 ABR 5,000 円 OAE 1,500 円	円	円	

新生児聴覚検査費助成金の支払いについては、次の口座に振り込まれますように依頼します。

振 込 先	銀行		支店	預金種別	普通 ・ 当座
	口座 番号			フリガナ	
				口座名義	

必要書類

- 新生児聴覚検査受検票
- 新生児聴覚検査費がわかる領収書（原本）
- 聴覚検査の受検日及び検査結果がわかるもの（母子健康手帳の検査結果のページの写し等）