

新生児聴覚検査費用償還払申請書兼請求書

鶴岡市長様

《申請者》 住所 鶴岡市 _____

氏名 _____

電話(日中連絡先) _____

鶴岡市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第9条の規定により、必要書類を添えて下記のとおり償還払を申請します。なお、申請内容について市が保有する個人情報について閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせることについて同意します。

産婦氏名				生年月日	昭和・平成	年	月	日
新生児氏名 <small>ふりがな</small>		性別	男・女	生年月日	令和	年	月	日
医療機関名				所在地				

検査日	検査方法	検査料金(A)	助成限度額(B)	申請額 (A)と(B)のうち少ない額
	自動ABR・OAE <small>※いずれかに○をつけてください</small>	円	3,500円	円

《振込先》

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店・出張所 出張所	請求番号 (英数カナ5字まで)				
預金種別	1 普通 2 当座 3 その他	口座番号					
ゆうちょ銀行の場合は5桁の記号と8桁の番号を記入							
口座人名義 (カナ)							

《添付書類》

- (1) 医療機関発行の領収書の原本
- (2) 母子健康手帳の検査記録の写し
- (3) 未使用の新生児聴覚検査受検票 (受検票の交付を受けている方)
- (4) 申請者名義の預貯金通帳の写し