

井原市新生児聴覚検査費支給申請書

年 月 日

井原市長 殿

次のとおり新生児聴覚検査を受診し、検査に係る費用の支給を受けたいので、井原市新生児聴覚検査事業実施要綱第9条第6項の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、給付にあたっては、下記の口座に振り込み下さい。

※太枠内を、受診者 1 人につき 1 枚ご記入ください。

申請者 (口座名義人)	住所	〒 ー 井原市		
	氏名		電話番号	() ー
受診者 (新生児)	住所	井原市		
	ふりがな		生年月日	年 月 日
内訳	受診年月日及び検査を受けた医療機関名	申 請 金 額		決定額
	(受診日) 年 月 日 (医療機関名) ※新生児聴覚検査を自動 A B R で行 った医療機関に限ります。	金 円		円

口座振込先(名義人は、申請者と同一人物であること)

金融機関名	銀行 店 金庫 支店 農業協同組合 出張所		
種 目	普通	店番号	口座番号(右寄せで記入してください)
	当座		
口座名義人	ふりがな		
	氏 名		

添付書類

- (1) 新生児聴覚検査を受診した際の領収書(受診年月日・医療機関名・金額が記載されたもの)
- (2) 新生児聴覚検査の明細書(新生児聴覚検査料を支払ったことの分かるもの)
- (3) 未使用の新生児聴覚検査受診票

(市記入欄)

受付年月日		受付者	
決定年月日		審 査 結 果	承認 ・ 不承認

裏面の申請時の注意事項をお読みください。

【申請時の注意事項】

- 新生児聴覚検査の検査機器は、自動ABRですか。（これ以外の機器で検査した場合は、対象外です。）
- 未使用の新生児聴覚検査受診票を添付していますか。
- 医療機関の領収書及び明細書を添付していますか。
- 検査日から1年以内の申請ですか。（申請の時効は、1年です。）
- 振込先口座番号及び口座名義人は、正しく記入できていますか。

※お子さん名義の口座には、振り込みができません。