

下呂市新生児聴覚検査助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

下呂市長 様

関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検査費の助成を申請及び請求します。

記

※太枠の中をご記入ください。

お母さんの氏名	(印)												
お母さんの住所	〒 下呂市  電話 ( ) -												
あかちゃんの名前													
助成金振込先 (ゆうちょ銀行以外)	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 組合 出張所 農協											
	預金種別	普通当座	(ふりがな)口座名義人										
	口座番号												
ゆうちょ銀行	通帳記号					通帳番号							
	1				0								

＜申請額（請求額）＞	
初回検査	円 ※申請される保健センター窓口にて
確認検査	円 ご確認の上、記入してください。
合計	円

(初回検査及び確認検査に要した費用。ただし下呂市が定めた医療機関と契約する金額3,700円をそれぞれの上限額とする。)

- 申請の適正を判断するために必要な場合は、医療機関に対し検査内容等の照会について同意します。
- 助成の申請にあたり「新生児聴覚検査受診票兼結果票」を下呂市長に提出することについて同意します。

(添付書類) 新生児聴覚検査受診票兼結果票 (様式第4号)

新生児聴覚検査に係る領収書、診療明細書

(持参書類) 母子健康手帳