

年 月 日

新生儿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) \_\_\_\_\_

鶴岡市新生儿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同意します。

産婦氏名				生年月日	昭和・平成 年 月 日
新生儿 <small>ふりがな</small> 氏名	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>※いづれかに○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) 未使用の新生儿聴覚検査受検票 (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