

年 月 日

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 ふりがな		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 ※いづれかに○をつけてください	円	5,000 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