第３号様式（第７条、１２条関係）

新生児聴覚検査費償還払申請書兼請求書

金　　 　　　　　 　　　　円

但し、新生児聴覚検査に要した費用への補助金として

申請者（保護者）の住所（〒　　　―　　　　　　）

奈良県

フリガナ

氏　　名

電　　話（　　　　　－　　　　　－　　　　　　）

新生児聴覚検査の費用について、補助を受けたいので申請します。

【太枠内を記載し、必要書類を添付してください】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 聴覚検査受検者氏名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 聴覚検査受検日 | 検査種別 | 検査費用（保険適用分を除く） | 決定額 |
| 年　　　　月　　　　日 | 自動ABR　・　OAE | 円 | 円 |
|  | 合計　　　　　　　　　円 |

※必要書類：領収書、明細書、母子健康手帳（聴覚検査結果記載内容）、通帳（写）を添付してください。

領収書を紛失された方は、下記の太枠内に医療機関等の証明を受けてください。

|  |
| --- |
| 上記、新生児聴覚検査を実施したことを証明します。 　所　　在　　地　　医療機関等の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印代　表　者　名 |

上記のとおり請求いたします。

　　年　　　月　　　日

市 町 村 長 殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支 払 機 関 名 | 預　金　種　別 | 口　座　番　号 |
| 銀行農協信金 |  支店 | 普通・当座・その他（　　） |  |  |  |  |  |  |  |
| 店　番 | カナ（必ず記入） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 口座名義人 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |