

寒河江市新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

申請日をお書きください

令和 年 月 日

寒河江市長 様

申請者 住 所 寒河江市中央〇丁目〇番〇号
氏 名 寒河江 花子
電話番号 0237-〇〇-〇〇〇〇

印

寒河江市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

検査対象者	氏名	フリガナ サガエ タロウ 寒河江 太郎 (男)女	生年月日	令和〇年〇月〇日
	住所 連絡先	☑申請者と同じ 電話番号 ()		

種別	種類	検査日	検査結果	検査費用	請求額
初回検査	<input checked="" type="checkbox"/> A A B R	〇年〇月〇日	異常なし・要再検査	円	円
	<input type="checkbox"/> O A E				
再検査	<input type="checkbox"/> A A B R <input type="checkbox"/> O A E	年 月 日	異常なし・要精密検査	円	円
実施医療機関	医療機関名：〇〇〇〇病院 所在地：寒河江市中央〇丁目〇番〇号			電話番号 (0237-〇〇-〇〇〇〇)	

※初回検査及び再検査について、各々上限額は5000円です。

※再検査は、初回検査で要再検査だった場合に行ったものに限りです。

◇申請者の口座をご記入ください。

振込先	金融機関名	△△△△ 銀行・金庫・組合・農協 △△△△ 本店 支店 出張所							
	金融機関コード	1	2	3	4	店番号	5	6	7
	1. 1 普通	フリガナ	サガエ ハナコ						
	2. 2 当座	口座名義人	寒河江 花子 (申請者と同じ)						
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7							

【添付書類】①受検票

- ②検査日、検査方法（検査機器）及び検査結果を確認できるもの
- ③委託外医療機関が発行する新生児聴覚検査の領収書の写し
- ④母子健康手帳の写し
- ⑤振込通帳の写し