

様式第 3 号

四條畷市新生児聴覚検査受検費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

四條畷市長 あて

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

次のとおり、新生児聴覚検査受検費助成金について必要書類を添付のうえ、交付の申請及び請求をします。なお、交付の際は下記口座へ振り込んでください。

(以下の太枠内をご記入ください)

受診日	検査に要した費用 (保険適用外)	検査の種類 ※○をつけてください	公費負担額	助成請求額 (職員が記入します)
(初回検査) 年 月 日	円	AABR	AABR : 6, 7 0 0 円	円
(確認検査) 年 月 日	円	OAE	OAE : 3, 0 0 0 円	

振込先 銀行口座等	銀行		支店
	普通 当座	口座番号	
	口座名義 (カタカナ)		

- 添付書類 (1) 受検票 (医療機関等記載欄が全て記入済のもの)
(2) 医療機関発行の領収証書 (原本、聴覚検査に係る支払費用が確認できるもの)
(3) 母子手帳 (新生児聴覚検査の種類・結果がわかるページ) の写し