

粕屋町長 様

年 月 日

粕屋町新生児聴覚検査費用助成申請書(請求書)兼結果報告書

新生児聴覚検査は、任意の検査であることを理解したうえで、粕屋町新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり聴覚検査費の助成申請(請求)及び検査結果を報告します。

| | | | | | |
|--------------|-------------------|------------|---|-------------------------------------|--|
| 新生児 (受診者) | 名 前 | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 申請者 | 名 前 | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | 新生児との続柄() | | | |
| 住 所 | 粕屋町 | | | 連絡先 電話番号 | |
| 検査実施 医療機関 | 名 称 | | | 所在地 | |
| 検査実施日 | 年 月 日 | 検査の種類 | <input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> OAE | 検査結果 | 【右耳】 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー(要再検) 【左耳】 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー(要再検) |
| 検査費用 | 自己負担額(領収書金額) 円 | 助成申請額 | 円 | ←実際に検査に要した自己負担額と上限額(5,000円)のいずれか低い額 | |

【振込先口座記入欄】

| | | | | | |
|----------------|------|---------------------|--|----------|---|
| 口座名義人 | フリガナ | | | 名義人名 | |
| 金融機関名 | | 支店名 | | 分類 | <input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座 |
| 銀行 農協 金庫 組合 | | 本・支店 本・支所 出張所 | | 口座 番号 | 右詰めで記入を |
| 金融機関コード | | 支店コード | | | |

【添付書類】

- ① 医療機関が発行する聴覚検査の領収書及び診療明細書の写し(保険診療でないことが確認できるもの)
- ② 振込先口座の金融機関名、口座番号、口座名義人(カナ)が分かる通帳やキャッシュカードの写し
- ③ 新生児聴覚検査結果(母子手帳に記録または貼付されている検査結果等)の写し
- ④ 申請者の本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証等)の写し