

石垣市新生児聴覚検査助成金償還払い申請書兼請求書

年 月 日

石垣市長様

申請者・請求者（振込口座名義人と同じ者）

住所

氏名

印

受診者との関係（ ）

電話番号

石垣市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第9条の規定に基づき、下記のとおり申請及び請求いたします。

受診者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	石垣市			
	電話番号		母子(親子)健康 手帳交付No.		
検査内容	検査日	検査方法	償還払い 上限額(A)	受診者 支払額(B)	請求額 (A)又は(B)いづ れか少ない額
初回検査 (1回目)	年 月 日 (生後 日)	自動ABR (ABRを含む。)	3,500円	円	円
		OAE	3,500円	円	円
※確認検査 (2回目)	年 月 日 (生後 日)	自動ABR (ABRを含む。)	3,500円	円	円
		OAE	3,500円	円	円
合計請求額					円

※確認検査は、初回検査で要再検査になった場合のみ実施

【振込口座】※振込先は、申請された保護者が名義人となっている口座を記入ください。

振込先	金融機関名	銀行・信金・信連 信組・労金・農協		店 (所)
	( 普通・当座 ) 該当を○で囲む	口座番号		
	フリガナ 口座名義			

【添付書類】

- 受診者又はその保護者の氏名、検査方法、検査に要した費用が記載されている医療機関が発行した領収書（原本又は写し）
- 検査の受診日及び結果が記載された母子（親子）健康手帳（写し）

〈個人情報の取り扱いについて〉

この申請書兼請求書に記載された個人情報については、この目的以外には使用いたしません。