

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	新生児との続柄()		生年月日	年 月 日
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

※ ①が手元がない場合は、健康づくり課までお問い合わせください。