

年 月 日

北中城村新生児聴覚検査費用助成申請書兼請求書

北中城村長 殿

申請者（保護者） 住 所：.....
 氏 名：.....
 連 絡 先：.....

下記のとおり、北中城村新生児聴覚検査費用について、関係書類を添えて次のとおり申請します。なお、支払いにあたっては、指定の口座へ振り込んでください。

新 生 児	(フリガナ)		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所 連絡先	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 北中城村字 <input type="checkbox"/> 連絡先：		
	実施医療 機関名	(県外の場合所在地： 県)		
振 込 先	金 融 機関名	※申請者の口座をご記入ください。 本店・支店 銀行・農協・信用金庫 出張所・支所		
	預金 種別	普通・当座	口座番号	※ゆうちょ銀行の場合、通帳記号と通帳番号
	口座名義人		※カタカナでご記入ください。	

検査種別 <input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> OAE	検査日	自己 負担額 (A)	助成 上限額 (B)	請 求 額 ※(A) 又は (B) いずれか少ない額
初回検査	年 月 日	円	5,000 円	円
確認検査	年 月 日	円	5,000 円	円

※確認検査は初回検査で要再検査（refer）となった場合に実施した検査に限ります。

【添付書類】

- 医療機関発行の領収書、診療明細書等の写し
- 親子健康手帳又は母子健康手帳（新生児聴覚検査結果がわかるもの）の写し
- 振込先の通帳又はキャッシュカードの写し

受 付 日	決 定
	承認・不承認
	支給決定金額
	円