

島原市新生児聴覚検査費用償還払申請書

島原市長 様

年 月 日

申請者(保護者)

住所 島原市

氏名

(受診者との続柄)

電話

島原市新生児聴覚検査推進事業実施要綱第10条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

受診者	ふりがな			生年月日	年 月 日生	
	氏名					
	住所	島原市				
	検査方法	助成限度額	検査日	医療機関名	支払金額	助成額
初回検査	OAE・AABR	3,000円	年 月 日		円	円
確認検査	OAE・AABR	3,000円	年 月 日		円	円
振込金融機関	銀行 金庫 組合	本店 支店	種別	口座番号		
			1 : 普通	フリガナ		
			2 : 当座	名義人		
			3 : その他 ()			

<同意欄>

新生児聴覚検査費用償還払を申請するに当たり、島原市長が検査料領収書の内容について医療機関に確認することに同意します。

(氏名)

- ※1 新生児聴覚検査費用の助成は、初回検査及び確認検査とする。
- ※2 助成対象は新生児聴覚検査にかかる医療費とし、新生児聴覚検査以外にかかる医療費は対象とならない。
- ※3 助成額は、上記の助成限度額を超えないものとする。支払金額が助成限度額を下回る場合は、支払金額を限度とする。
- ※4 医療機関が発行した領収書の写しと検査結果等を市へ提出すること。

<添付書類>

1. 医療機関発行の領収書の写し(新生児聴覚検査にかかる支払であることが分かるもの)
2. 検査結果が記載されているもの(母子健康手帳、検査結果の写し等)
3. 上記のほか、市長が必要と認める書類

*処理欄	確認者	確認年月日	年 月 日
記入しないでください		償還払決定額	円