

委託外医療機関新生児聴覚検査費用助成申請書兼請求書

年 月 日

(あて先)延岡市長

新生児聴覚検査に係る費用について、延岡市新生児聴覚検査実施要綱第5条第3項の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり、検査費用の助成を申請します。

※太枠内を記入

申請者 (児の保護者)	フリガナ		生年月日			
	氏名		年 月 日			
	住所	延岡市				
	電話番号(携帯)	- -				
フリガナ			生年月日			
新生児(乳児)の氏名			年 月 日			
申請 内 訳	どちらか 片方に チェック	検査の種類	検査を受けた日	ア 申請額(医療機 関等の領収書額)	イ支給限度額	決定額(アとイのうち少 ない額)
	<input type="checkbox"/>	自動 ABR (自動聴性 脳幹反応検査)	年 月 日	円	5,000円	円
<input type="checkbox"/>	OAE(耳音響 放射検査)	年 月 日	円	3,000円	円	
振 込 先	金融機関名		本・支店名	種別	口座番号	口座名義人
	銀行		本店	普通・当座		フリガナ
	金庫		支店			
農協		出張所				
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 受診した医療機関等の領収書(原本) ※領収書に、検査の種類、保険適用外の検査であること、検査年月日、受検者氏名、医療機関名、領収金額が記載されていること。 <input type="checkbox"/> (領収書に上記※の記載がない場合) 受診した医療機関等の診療明細書(原本)			<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査同意書兼助成券 <input type="checkbox"/> 通帳の写し(口座番号、口座名義、支店名記載) <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し		
※申請者以外の口座名義の場合は下記の委任状に記入。						
委 任 状						
私は、受任者()に、上記助成金の受領に関することを委任します。申請者との続柄()						
年 月 日						
委任者		住所 延岡市				
		氏名				

【市処理欄】

新生児聴覚検査費用の助成について次の通り決定します。

支給決定年月日 年 月 日

支給決定金額 円 健康増進課長 (印)