

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	印	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		
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 およこ保健福祉課長 印