

甲府市新生児聴覚検査費用助成申請書兼請求書(償還払い)

甲府市長 殿

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
電 話 印

新生児聴覚検査費用の助成について、次のとおり申請します。
なお、助成金については、次の口座に振り込んでください。

| | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 保護者氏名 父 (年 月 日生) | ふりがな 新生児氏名 (お子様の名前が決まっている方) |
| 母 (年 月 日生) | (年 月 日生) |
| 住所 (検査日当日の住所) 甲府市 | |
| 医療機関名 | 請求金額 |
| | 円 |

| | 金融機関名 | 金融機関番号 | 支店名 | 支店番号 |
|----------|----------------------|--------|----------------------|------|
| 指定 口座 | 銀行 金庫 組合 農協 | | 支店 | |
| | 預金種目 | 口座番号 | 口座名義 (カタカナで記入してください) | |
| | 1 普通 2 当座 | | | |

【事務処理欄】

添付書類：検査に係る領収書又は診療明細書の写し(新生児聴覚検査費用が記載されたもの)

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 検査年月日 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 住所要件確認 |
| <input type="checkbox"/> 検査方法 自動 ABR・OAE | <input type="checkbox"/> 交付決定金額 _____ 円 |
| <input type="checkbox"/> 検査結果確認 | 検査費未記入の場合 電話確認年月日 年 月 日 確認者印 |
| ①右：pass・refer 左：pass・refer | |
| ②右：pass・refer 左：pass・refer | |
| <input type="checkbox"/> 医療機関名確認 | |

領収書または診療明細書貼付欄

領収書または診療明細書のコピーを貼り付けて提出してください。