様式第 2 号(第 5 条関係)

記入例

高砂市新生児聴覚検査費支給請求書(償還払い用)

フリガナ 乳児氏名	検査を受けたお子様の情報	令和　年　月　日	交付番号	助成券の交付番号
申請理由	1 協力医療機関以外で受検したため　2 その他（　　　　）			

申請内容		初回検査	確認検査
	受検年月日	令和　年　月　日	年　月　日
	検査方法	□(A)ABR □OAE	□(A)ABR □OAE
	検査結果	右 □パス □再検査(リファー) 左 □パス □再検査(リファー)	右 □パス □再検査(要精密検査) 左 □パス □再検査(要精密検査)

母子健康手帳など、検査内容や結果が分かるものをご覧になって、ご記入ください。

請求額	『医療機関に支払った金額』と『上限額』のいずれか低い方の金額を記入　円

新生児聴覚検査費を、必要書類添付のうえ請求します。

令和　年　月　日（記入した日付）

高砂市長　様

郵便番号(　－　)

請求者　住所　検査を受けたお子様の保護者の情報

氏名　　続柄（　　）電話（　日中連絡がつきやすい番号　）

振込先金融機関	金融機関コード	記入不要	支店コード		※フリガナも忘れずにご記入ください。
	高砂	銀行 信用金庫 農協 (　)	高砂	本店 支店 出張所 (　)	フリガナ：○○○ ○○○ 名義人：○○ ○○
	普通・当座		口座番号	1 2 3 4 5 6 7	(右詰め)

委任状	新生児聴覚検査費の受領について、上記の口座名義人に委任します。 口座名義人が請求者ご本人ではない場合、ご記入ください 氏名　㊞ 印

注意　1　この請……添えて申請してください

……いるもの

★口座名義人が旧姓の場合

『【旧姓の姓】は【今の姓】の旧姓であることに間違いありません』と記載してください。

償還払い用 No.	記入不要	支給決定額	円