

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		生年月日	年	月	日	交付 番号	
乳児氏名							
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	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)		
請求額	円						
新生児聴覚検査費を、必要書類添付のうえ請求します。 高砂市長 様 年 月 日 郵便番号(-) 請求者 住所 氏名 続柄 () 電話 (-)							
振込先 金融機関	金融機関コード				支店コード		※フリガナも忘れずにご記入ください。
	銀行 本店 信用金庫 支店 農 協 出張所 () ()					フリガナ	
						名義人	
	普通・当座		口座番号				(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。 氏名 印						

注意 1 この請求書に必要書類※を添えて申請してください。
※ 必要書類：助成券、母子健康手帳又は検査結果が分かるもの、領収書、振込先口座が分かるもの
2 太枠内のみ記入してください。

償還払い用 No.		支給決定額	円
-----------	--	-------	---