

つくば市長 宛て

保護者氏名

つくば市新生児聴覚検査助成金交付申請書兼請求書

つくば市新生児聴覚検査助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

新生児聴覚検査	受診者	フリガナ 受診者氏名	生年月日 年 月 日		
		住所	〒		
		電話番号			
	受診 医療機関	医療機関名			
住所			電話番号		
振込先金融機関		銀行 信用金庫 組合 本・支店			
口座の種別・口座番号		普通 ・ 当座			
フリガナ					
口座名義人					

請求の内訳 (受診回数)	受診日	助成上限額		請求額 ※注	交付額 (担当者記入欄)
	初回検査 (1回目)	AABR (ABRを含む。) の場合	3,000円	円	円
		OAEの場合	2,000円	円	円
	確認検査 (2回目)	AABR (ABRを含む。) の場合	3,000円	円	円
		OAEの場合	2,000円	円	円
合計			円	円	

※注 助成の対象となる費用は、新生児聴覚検査の費用のみとなりますので、請求額が助成上限額以下であっても、実際の交付額が請求額と異なる場合があります。

受 付 者 対 応 欄	
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書の写し <input type="checkbox"/> 受診票 (原本) 母子健康手帳の写し <input type="checkbox"/> 「子の保護者」欄・「出生届出済証明」欄の写し <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査の受診日及びその結果が記載されている「検査の記録」欄の写し