

様式第3号（第10条関係）

新生児聴覚検査償還払申請書兼請求書（償還払い）

年 月 日

稲敷市長 様

申請（請求）者 住所
氏名 ⑩
続柄
電話番号

稲敷市新生児聴覚検査実施要綱第10条の規定により、次のとおり申請（請求）します。
なお、償還払いの交付決定に必要な場合は、医療機関に対して当該検査の内容の照会
をすることに同意します。

記

受診者	ふりがな 氏 名	男・女		生年月日	年 月 日生	
	住 所	稲敷市				
	電話番号			母子健康手帳番号		
検査内容	検査日 検査方法	償還払い上限額 (A)		支払額 (B)	請求額 (A) 又は (B) い ずれかの少 ない額	
初回検査 (1回目)	年 月 日 (生後 日) 自動ABR・OAE	自動ABR	3,000円	円	円	
		OAE	2,000円			
※確認検査 (2回目)	年 月 日 (生後 日) 自動ABR・OAE	自動ABR	3,000円	円	円	
		OAE	2,000円			
右の金額を請求します。(上限額1回につき3,000円)					円	
振込先	名 称	銀行・信用金庫 信用組合・農協				支店
	口座番号	(普通・当座)				
	ふりがな 口座名義					

※確認検査は、初回検査で要再検査になった場合のみ実施

添付書類

- (1) 市の交付した新生児聴覚検査受診票（検査結果の記載のあるもの）
- (2) 委託外医療機関が発行した聴覚検査の領収書及び診療明細書
- (3) 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母子健康手帳（写し）

<個人情報取り扱いについて>

この申請書兼請求書に記入された個人情報については、この目的以外には使用いたしません。

※市記入欄

窓口受付日 / ⑩	担当課処理日 / ⑩	システム入力日 / ⑩
口座の確認済み ⑩		