

新生児聴覚検査費助成申請書兼請求書

朝倉市長

新生児聴覚検査は、任意の検査であることを理解した上で、朝倉市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり助成の申請及び請求をいたします。なお、助成を受けるにあたり、下記事項に同意します。

- ①申請した内容について確認の必要がある場合は、朝倉市が公簿等で確認すること及び朝倉市が医療機関に検査の結果を問い合わせすることに同意します。
- ②朝倉市が公簿等で確認できないときは、関係書類を提出します。

年 月 日

※太枠の中を記入してください。

新生児 <small>（受けた人）</small>	(フリガナ)		住所	〒	—		
	名 前			朝倉市			
	生年月日	年 月 日 ( 歳)		電話番号			
保護者 <small>（申請・請求者）</small>	(フリガナ)		住所	〒	—		
	名 前	(印)		朝倉市			
	続 柄	<small>※新生児から見た続柄を記入</small>		電話番号			
検査日	年 月 日						
請求額	円						
振込先金融機関	銀行 農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所 営業部	預金種別	普通・当座			
	(フリガナ)		口座番号				
	口座名義人						

聴覚検査費用領収証

検査日	年 月 日	
検査の種類 ( ○で囲んで下さい。)	<b>AABR</b>	<b>OAE</b>
検査結果 ( ○で囲んで下さい。)	右	パス・リファー
	左	パス・リファー
検査費用 (検査に要した費用)	円	

上記、聴覚検査費用は領収済みであることを証明する。

年 月 日

【医療機関】 所在地  
名称  
代表者

(印)