

様式第3号（第9条関係）

新生児聴覚検査償還払い申請書兼請求書

年 月 日

つくばみらい市長

申請（請求）者 住所
氏名
続柄
電話番号

新生児聴覚検査費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

受 診 者	ふりがな 氏名	男・女		生年月日	年 月 日生
	住所	つくばみらい市			
	電話番号		母子健康手帳番号		
検査内容	検査方法	検査日	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）	自動AB （ABR 含む）	年 月 日 （生後 日）	3、000円	円	円
	OAE	年 月 日 （生後 日）	2、000円	円	円
※確認検査 （2回 目）	自動AB （ABR 含む）	年 月 日 （生後 日）	3、000円	円	円
	OAE	年 月 日 （生後 日）	2、000円	円	円
右の金額を請求します					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、初回検査で再検査になった場合のみ実施