



河内長野市新生児聴覚検査費用助成申請書兼請求書

年 月 日

(あて先) 河内長野市長

下記のとおり新生児聴覚検査費用助成金を申請の上請求します。なお、請求内容等に虚偽又は瑕疵が発覚した場合は、直ちに市長に対し受領した金額を返還することを承諾します。また、請求の適否を判断するために必要な場合は、河内長野市が検査実施医療機関、助産所並びに医師会等に対し、本請求に係る情報の照会及び提供並びに検査の内容等の照会をすることに同意します。

(申請者は、太枠の中を記入してください)

Table with columns for applicant name, address, phone, and bank details (振込先金融機関).

河内長野市から受ける助成金は、上記の預金口座へ振込みの方法によりお支払いください。また、申請者兼請求者と口座名義が異なる場合には、上記の口座名義人を代理人とし、上記指定口座への振込をもって河内長野市からの助成金の受領と認めます。

Table for examination details (検査の種類) and examinee information (受検者).

助成申請・請求額 _____ 円 (※)

※助成金の額については、受検した新生児聴覚検査受検票の上限金額に応じて助成します。支払った費用が新生児聴覚検査受検票の上限金額を下回る場合は、その金額が助成金額となります。

※裏面の《医療機関記入欄》を、検査を受けた医療機関に記入してもらってください。

≪医療機関記入欄≫

別紙のご案内を参照の上、ご記入ください。

下記の者について、新生児聴覚検査を実施し、これに係る費用を下記のとおり領収したことを証明します。

所在地 千

医療機関名

代表者名

印

TEL

フリガナ	
受検者氏名	
受検者生年月日	令和 年 月 日

受検日	領収額
年 月 日	円
どちらかに○をお願いします。 自動 ABR OAE	

※内容に訂正がある場合は、訂正印として医療機関の印鑑を捺印してください。

※下記の書類を添えて提出してください。

- 新生児聴覚検査結果
- 口座番号がわかるもの(キャッシュカードまたは通帳)
- 未使用の受検票
- 医療機関等の証明がない場合は、領収書