

様式第3号（第11条関係）

笠間市新生児聴覚検査償還払い申請書兼請求書

年 月 日

あて先 笠間市長

申請者・請求者

住所

氏名

受診者との関係

電話番号

笠間市新生児聴覚検査実施要綱第11条の規定に基づき、下記のとおり申請及び請求いたします。

受診者	フリガナ 氏名			生年月日	年 月 日
	住所	笠間市			
	電話番号			母子手帳交付No.	
検査内容	検査日	検査方法	償還払い 上限額(A)	受診者 支払額(B)	請求額 (A)又は(B)いづ れか少ない額
初回検査 (1回目)	年 月 日 (生後 日)	自動ABR (ABRを含む。)	3,000円	円	円
		OAE	2,000円	円	円
※確認検査 (2回目)	年 月 日 (生後 日)	自動ABR (ABRを含む。)	3,000円	円	円
		OAE	2,000円	円	円
合計請求額					円
振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合		店 支店	
	普通・当座 該当を○で囲む		口座番号		
	フリガナ 口座名義				
受診医療 機関	所在地				
	名称				

※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>

- ・受診票
- ・受診者又はその保護者の氏名、検査日、検査方法、検査に要した費用が記載されている医療機関が発行した領収書
- ・検査の受診日及び結果が記載された母子健康手帳（写し）