

様式（第5条関係）

豊岡市新生児聴覚検査費助成金請求書

受付印

豊岡市長様

別紙証拠書類を添えて、新生児聴覚検査費の助成金について請求します。なお、請求内容審査のため、豊岡市が医療機関等へ受診内容の照会をすることを承諾します。

ふりがな				年 月 日
新生児氏名				生年月日
保護者氏名	年 月 日			
受診医療機関等				
請求金額	円（上限5,500円）			
請求者	住所	〒 豊岡市 電話番号（ - - ）		
	氏名			
上記の助成金については、次の口座に振込みを依頼します。 なお、請求者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任します。				
金融機関名	銀行・信用金庫・農協・信用組合			
支店名	本店・支店・出張所			
種別	普通・当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義人				

注意 この請求書に次の書類を添付してください。

- (1) 未使用の助成券
- (2) 新生児聴覚検査費用の領収書・明細書の写し
- (3) 母子健康手帳の表紙と検査記録ページの写し
(母子手帳に検査記録がない場合は、聴覚検査結果書類の写し)

<豊岡市記載欄>

検査日	年 月 日	検査方法	ABR・OAE
検査結果	パス (Pass)・リファー (Refer)	添付書類 確認欄	<input type="checkbox"/> 助成券
発行番号			<input type="checkbox"/> 領収書・明細書 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳または検査結果書類