

様式（第6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。

母子健康手帳番号		検査日		年 月 日	
ふりがな				生 年 月 日	
新生児氏名				年 月 日	
請求者 (保護者)	検査時の 住所	〒 豊岡市 電話番号 (- -)			
	氏 名				
	現住所(上記 住所と異なる 場合記入)	〒 電話番号 (- -)			
請求金額	円 (上限5,500円)				
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
(母子健康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>

検査方法	ABR ・ OAE	添付書類 確認欄	☐ 助成券 ☐ 領収書・明細書 ☐ 母子健康手帳または検査結果書類
検査結果	パス (Pass) ・ リファアー (Refer)		