

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		
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		
支店名		
種別	普通・当座	口座番号
ふりがな		
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。

- 医療機関等で実施した新生児聴覚検査費用の領収書・明細書
- 聴覚検査結果書類又は母子健康手帳

<職員記入欄>

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"/> 領収書・明細書
発行番号			<input type="checkbox"/> 検査結果書類又は母子健康手帳