

様式第 5 号（第 8 条関係）

山陽小野田市新生児聴覚検査費助成請求書

年 月 日

山陽小野田市長 宛

申請者 住 所 山陽小野田市
氏 名
連絡先

山陽小野田市新生児聴覚検査実施要綱第 8 条第 2 項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて助成を請求します。

記

検査日	年 月 日													
検査方法	☐ 自動聴性脳幹反応検査（AABR） ☐ 耳音響放射検査（OAE）													
請求額	円													
実施 医療機関名	所在地													
	名 称													
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店（支所） 組合 出張所												
		預金種目	口座番号（右詰）											
		普通・当座												
	ゆうちょ銀行	記号				口座番号								
		1				0								
	フリガナ 口座名義人													
受理年月日	年 月 日				決定年月日		年 月 日							

添付書類：領収書及び診療明細書（領収書に検査費用が明記されていない場合）

山陽小野田市新生児聴覚検査受診票（同意書）及び連絡票