

山陽小野田市新生児聴覚検査費助成請求書

令和●●年●●月●●日

山陽小野田市長 宛

申請に来られた日を記入
(検査日翌日から6か月以内)

申請者 住所 山陽小野田市●●●町●番●号
氏名 山陽花子
連絡先 ●●●—●●●—●●●

乳児の保護者（費用を自己負担した方）

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。

検査日、請求額は空欄		記	
検査日	年 月 日		
検査方法	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査 (AABR) <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査 (OAE)		
請求額	円		
実施医療機関名	所在地	●●県●●市●●町●●番●●号	
	名称	●●●●クリニック	
振込先	金融機関名	銀行	本店
		●●金庫組合	●●支店(支所)出張所
振込先	預金種目	口座番号(右詰)	
	普通・当座		
振込先	ゆうちょ銀行	記号	口座番号
		1 0	
フリガナ	口座名義人 サン ヨウ ハナ コ 山 陽 花 子		
空欄	受理年月日	年 月 日	決定年月日 年 月 日

口座名義は申請者本人
※申請者本人が母で母名義がない場合、父名義でも可（その逆も可能）

ゆうちょ銀行の場合も、金融機関名にゆうちょ銀行、支店名を記入する

空欄

注意

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