

新生児聴覚スクリーニング検査費申請書

年 月 日

和光市長 様

申請者※1 住 所
氏 名
電話番号

※1 申請者欄は、新生児の保護者に限る

新生児聴覚スクリーニング検査を実施したので、下記のとおり申請します。

申請額 円

振込先 ※2

金融機関名	銀行・農協 信用金庫	支店・本店 出張所
口座番号	普通・当座	
(フリガナ)		
口座名義人		

振込先が新生児の保護者以外の口座である場合のみ記入	
受任者名	申請者との続柄
住所	同居の場合は、省略可
電話番号	

※2 振込先が、新生児の保護者以外の口座である場合は、当該申請書の提出をもって、それを委任したものとみなします。

○添付書類

- 助成券(医療機関で検査結果、医療機関名などを記入してもらったもの)
- 領収書の原本(受診者、検査内容、料金内訳が記入してある書類。レシートは不可)
- 明細書(検査日と金額がわかるもの)
- 母子健康手帳の検査日や結果がわかるページの写し
(明細書で検査日や結果が確認できない場合のみ必要)
- その他市長が必要と認めるもの