

記入例

奈良市

新生児聴覚検査費用還付申請書兼請求書

令和 5年 5月 1日

奈良市長

住 所

奈良市 三条本町13番1号

申請者名(養育者) 奈良 花子

連絡先 0742 - 34 - 1978

関係書類を添えて下記のとおり還付申請します。

他の自治体で、新生児聴覚検査にまつわる助成を受けていません。

(上記に相違がない場合は口にチェックをしてくだ

訂正の場合は二重線を引き、枠外に訂正内容及び自署で氏名を記載してください。

上限に満たない金額の場合、かかった金額を記入。

記

1 受検者

児氏名: 奈良 さくら 生年: 令和5年4月1日 受検日: 令和5年4月3日

2 助成申請額

1,500 金 4,000 円也

(自動 ABR 上限 4,000 円 または OAE 上限 1,500 円)

3 振込先

Table with 5 columns: 金融機関名, 支店名, 種別, 口座番号, 口座名義人. Includes codes like 0000 and 0162.

口座名義人は申請者本人(新生児の養育者)に限ります。

※口座情報に誤りがないか再度ご確認ください

4 関係書類(裏面へ貼付)

- (1) 検査の結果が記載された母子健康手帳の写し、もしくは結果がわかるものの写し
(2) 検査の受診に係る委託外医療機関等の領収書の写し
(3) 口座情報を証明できる書類
(4) 新生児聴覚検査 同意書兼受診券(出生時転入等で交付がない場合は不要)

5 受診内容の照会に関する同意

請求内容審査のため、奈良市が転入前住所の市町村へ交付状況や、医療機関等へ受診内容の照会をすることについて承諾します。

令和5年 5月 1日

氏名 奈良 花子

金額「4,000」を「1,500」に訂正 奈良 花子

【問い合わせ・送付先】

〒630-8122 奈良市三条本町13番1号 奈良市母子保健課

(電話) 0742-34-1978

関係書類貼付スペース

- (1) 検査の結果が記載された母子健康手帳の写し、もしくは結果がわかるものの写し
- (2) 検査の受診に係る委託外医療機関等の領収書の写し
- (3) 口座情報を証明できる書類もしくは、その写し
- (4) 新生児聴覚検査 同意書兼受診券（交付がない場合は不要）

<注意>

- ・ 助成を超える受検料については自己負担になります。
- ・ 領収書を紛失してしまった場合はご請求頂けませんのでご注意ください。
- ・ 費用は一旦全額を立て替えて受検医療機関へお支払いください。申請後に、助成対象額を指定の口座に振り込みます。
- ・ 申請は、新生児聴覚検査受検終了後におこなってください。