

雲仙市新生児聴覚検査費用償還払申請書

令和 年 月 日

雲仙市長 様

(申請者)

住所

氏名

(受診者との関係：)

電話 — —

新生児聴覚検査費用の償還払を受けたいので、雲仙市新生児聴覚検査推進事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1. 新生児聴覚検査の内容

受診者	ふりがな					生年 月日	令和 年 月 日生
	氏名						
	住所						
聴覚検査	検査方法	受診年月日	医療機関名	支払金額	助成限度額	申請額	
初回検査	OAE・AABR	令和 年 月 日		円	3,000円	円	
確認検査	OAE・AABR	令和 年 月 日		円	3,000円	円	
合 計						円	

2. 添付書類

- (1) 医療機関発行の領収書の原本（新生児聴覚検査に係る支払であることが分かるもの）
- (2) 医療機関が作成した検査結果の写し
- (3) 上記のほか、市長が必要と認める書類

(注意事項)

- 1 新生児聴覚検査費用の助成は、初回検査及び確認検査とする。
- 2 助成対象は新生児聴覚検査にかかる医療費とし、新生児聴覚検査以外にかかる医療費は対象とならない。
- 3 助成額は、別に定める助成限度額を超えないものとする。支払金額が助成限度額を下回る場合は、支払金額を限度とする。

<同意欄>

市長が、本申請の審査に際し、私及び受診者の住民基本台帳の記載事項等を確認することに同意します。

署名 _____