深浦町新生児聴覚検査費給付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

深 浦 町 長　　　殿

住所　深浦町大字

申請者　氏名　　　　　　　　　　　㊞

　　　　続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

深浦町新生児聴覚検査実施要綱第９条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、本申請に係る情報の照会や医療機関に対する検査結果等の照会をすることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | ふりがな   * 名 | |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日生 | |
| 住所 | | 深浦町 | | | | | |
| 電話番号 | |  | | 検査方法 | | □①自動ABR  □②OAE | |
| 検査内容 | | 検査日 | | 上限額 | | 支払額 | | 検査結果 |
| 初回  検査 | | 年 　月　　日  （生後　　　日） | | ①8,500円  ②5,000円 | | 円 | | 右耳 パス・リファー  左耳 パス・リファー |
| 確認  検査　※ | | 年 　月　　日  （生後　　　日） | | ①8,500円  ②5,000円 | | 円 | | 右耳 パス・リファー  左耳 パス・リファー |
| 右の金額を請求します。 | | | | | 円 | | | |

※確認検査は、初回検査で要再検査になった場合のみ実施

振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | |  | | | | | | | | 支店等名 |  |
| 預金種別 | 普通 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | フリガナ |  |
| 当座 | 口座名義人 |  |

添付書類　　（１）深浦町が交付した新生児聴覚検査受診票

（２）医療機関の発行した領収書（検査方法の記載のあるもの）

　　　　　　（３）検査を受診したことを証明する書類（母子健康手帳の写し等）

　　　　　　（４）その他町長が必要と認める書類