

大村市新生児聴覚検査費等支給申請書

対象児	フリガナ				生年月日	年 月 日生
	氏名					
	住所					
区分	医療機関名	回数	検査日	申請額	限度額	決定額
新生児聴覚検査		初回検査		円 3,000円	円 3,000円	円
		確認検査		円 3,000円	円 3,000円	円
乳児一般健康診査(1か月)		1回目		円 5,400円	円 5,400円	円
合 計				円		円
振込先金融機関		本店・支店名		種別	口座番号	口座名義(フリガナ)
銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所		普通 当座 その他		
上記のとおり、新生児聴覚検査費等の支給を申請します。					受 付 印	
大村市長 様 申請者 〒856- 住 所 大村市 氏 名 (対象児との関係:) 電話番号 - -						

◎ 添付書類

- (1) 新生児聴覚検査又は乳児一般健康診査(1か月)に要した費用の領収書【医療機関が発行したもの】
- (2) 母子健康手帳
- (3) 乳児一般健康診査受診票(1か月)【健診結果及び医療機関名の記載があるもの】