

(様式第1号)

福島市新生児聴覚検査費用助成金請求書

福島市長

No. _____

関係書類を添えて、下記のとおり新生児聴覚検査にかかる費用の助成を請求します。

申請日 令和 年 月 日

請求額 円

初回検査 (受検日 年 月 日)	自動ABR	円	OAE	円
確認検査 (受検日 年 月 日)	自動ABR	円	OAE	円
再確認検査 (受検日 年 月 日)	自動ABR	円	OAE	円

助成上限額：1回あたり 自動ABR8,500円、OAE3,000円

新生児聴覚検査 受検者 (検査を受けた お子さん)	フリガナ		生年月日
	氏名		令和 年 月 日
	住所	〒 960 - 福島市	
請求者 (受検者の母)	フリガナ		生年月日
	氏名		昭和 平成 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 受検者(子)と同じ (子の住所と異なる場合記入) ※福島市外の場合は、現住所を証明する住民票や免許証の写しが必要です。 〒 -	
	電話番号		
振込口座 (請求者口座)	金融機関名	金融機関コード	店番号
		銀行 金庫 組合	支店名 店 支店 出張所
	普通預金 口座番号 (左詰記入)		口座名義人 (カタカナ)

【添付書類】

- ① 申請者(検査を受けた子の母)の本人確認ができるもの
- ② 医療機関が記入した新生児聴覚検査結果通知書(福島市保管分) ※色付の用紙
- ③ ②の支払金額を確認できる領収書と明細書
- ④ 母子健康手帳 ※新生児聴覚検査の記載があるページ
- ⑤ 振込口座情報がわかるもの(検査を受けた子の母の通帳、キャッシュカード等)

【注意事項】

消えるペンや鉛筆、修正液や砂消し等は使用できません。

申請受付印

窓口担当者記入欄	本人確認手段 (該当に○)	その他 (マイナンバーカード・)
入力事務記入欄	住所確認	GPRIME入力

(R6年度~)