

福島市新生児聴覚検査費用助成金請求書

福島市長

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。

請求日 令和 年 月 日

支払請求額 円

内訳

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：R3.3.31以前受検は1回あたり自動ABR2,500円、OAE1,000円/R3.4.1以降受検は1回あたり当たり自動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	平成 年 月 日
	氏名			
	住所	〒960- 福島市		
受検者の母	フリガナ		生年月日	平成 年 月 日
	氏名			
	住所	〒960- 福島市		
請求者	氏名	(自署)	受検者の母との続柄 本人 ・ ()	
	住所 <small>受検者の母と異なる場合記入</small>	〒 ※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	金融機関名	銀行 金庫 組合	店番号	店 支店 出張所
	口座番号 (左記記入)		口座名義人 (カタカナで記入)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座

※受検者の母（領収書の宛名の方）以外の方が請求または受領する場合は、下記の委任状にご記入ください。

本請求に基づく新生児聴覚検査費用の助成金の 請求 受領（該当にチェック）に関する権限を次の者に委任します。

令和 年 月 日

委任者 (受検者の母)	住所	
	氏名	印
受任者 委任者との 続柄 ()	住所	
	氏名	

- 【添付書類】
- ①新生児聴覚検査結果通知書（または新生児聴覚検査方法と結果が分かるもの）
 - ②新生児聴覚検査を受けたとわかる領収書（保険外、原本提示）
 - ③振込先通帳の写し
 - ④請求者（受検者の保護者）の本人確認ができるもの ※マイナンバーカード提示の場合は省略可能
 - ・ 1点で良いもの…運転免許証、パスポート等官公庁が発行する写真付きの身分証明書
 - ・ 2点必要なもの…健康保険者証、年金手帳等
- （注意事項）
- ①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○）	マイナンバーカード・運転免許証・パスポート 健康保険証・年金手帳・その他（ ）
---------------------------	--