

大淀町新生児聴覚検査費用還付申請書兼請求書

令和 年 月 日

大淀町長 様

住 所

申請者 氏 名

㊞

電話番号

新生児との続柄 ()

新生児聴覚検査を受けたので、大淀町保健事業に要する費用の徴収に関する規則第3条の規定に基づき、その費用の全部又は一部の還付を申請します。

また、還付要件に該当の有無を確認するために必要な情報について、町長が関係機関に確認することに同意します。

(ふりがな) 新生児の 氏 名		生年月日	年 月 日
(ふりがな) 産婦の 氏 名		生年月日	年 月 日
検査実施日	年 月 日	検査の種類 (どちらかに○を つけてください)	AABR ・ OAE
検査を受けた時点での 新生児の住民票 (どちらかに○をつけてください)	① 大淀町 ② 大淀町以外 ※②の場合は対象外になります。		
検査実施医療機関	検査にかかった費用 (①)		
	円		

※AABRは上限4,000円、OAEは上限1,500円の還付となります。

(検査に係った費用が上限料金よりも少ない場合は、少ない方の額を還付します)

振 込 先	金融機関名 及び店名	銀行・農協 信用金庫	本店 支店
	口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

※ 添付書類

①新生児聴覚検査を受けた医療機関発行の領収書の写し

(「新生児聴覚検査」と明記のない場合は診療費明細書もお持ちください)

②新生児聴覚検査の方法と結果が確認できる書類または母子健康手帳

※下記は記入しないでください。

自己負担金 (②)	請求金額 (①-②)
円	円