様式第１号 (第６条関係)

新生児聴覚スクリーニング検査費償還払申請書

　　　　　　　年　　月　　日

太良町長　　様

申請者(保護者)　住　所　　太良町大字

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　（被検査者との続柄　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　電話番号（平日昼間つながるところ）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　）　　　－

　下記のとおり、新生児聴覚スクリーニング検査費の償還払いを申請します。この申請内容について、公簿との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 新生児聴覚スクリーニング検査費用 | ※領収書または診療明細書または証明書に記載された金額と同額であること　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 被検査者 | 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　　日 |
| 住所 | 　太良町 |
| 検査医療機関名 | 　 | 検査日 | 　　年　　　月　　　日 |

○添付書類

（1）検査費用が確認できる領収書、診療明細書の写し等

（2）（1）がない場合・・・新生児聴覚スクリーニング検査費領収証明書（様式第２号）

（3）新生児聴覚スクリーニング検査費償還払請求書（様式第３号）

（4）母子健康手帳、新生児聴覚スクリーニング検査の記録が記載されているものの写し

（5）口座がわかるもの（預金通帳のコピー）