様式第２－１号

天理市長様

令和　　年　　月　　日

天理市新生児聴覚検査費用助成申請書兼請求書

金　　円

但し、自動ABRもしくはOAE検査に要した費用への助成金として

申請者（請求者）の住所　（〒 632 － ○○○○）

奈良県天理市　△△　町　□□番地○

✕印のところは記入しないで下さい

フリガナ テンリ　ハナコ

氏　名　天理　花子　天理印

電　話（ ○○ － △△△ － □□ ）

標記について、下記のとおり医療機関の証明を得ましたので、上記金額を申請兼請求します。

検査を受けた児の氏名	天理　太郎	生年月日	令和　6　年　4　月　3　日　生
住所	☑申請者と同じ　・　天理市		

医療機関証明欄

初回検査	検査日	令和　　年　　月　　日	検査項目	自動ABR　・　OAE
	費用	円		

上記、新生児聴覚検査を実施したことを証明します。

所在地
医療機関の名称
代表者名　　印

助成見込み額（市役所記入欄）	円

この赤枠内は医療機関に記入してもらってください

【本申請書兼請求書とあわせて提出を求める書類】

□新生児聴覚検査同意書兼受診券（自動ABR・OAE）…保護者記入欄記載要

□検査費用の支払いを証明する書類の原本（領収書及び明細書、支払い証明書等）

□検査記録（検査結果）が確認できる書類の写し（母子健康手帳内の記録等）

下記の口座に振込をお願いします。

支払機関名			預金種別	口座番号
○○ 銀行・農協・信金	□□ 支店	店番 △△△	普通・当座・その他(総合)	○○△△△□□
ゆうちょ銀行	通帳記号（　　）通帳番号（　　）			
口座名義人	カナ（必ず記入）　テンリ　ハナコ 天理　花子			