

天理市長様

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（〒 _____ ）
奈良県天理市 _____ 町

フリガナ
氏 名 _____ 印
電 話（ _____ - _____ ）

標記について、次のとおり関係書類を添えて上記金額を申請兼請求します。

検査を受けた児の氏名		生年月日		令和 年 月 日生	
住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ・ 天理市			
初回検査	検査日	令和 年 月 日	検査項目	自動ABR ・ OAE	
	費用	円	実施医療機関名		
助成見込み額 (市役所記入欄)		円			

【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（検査日・検査項目・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	店番		普通・当座・その他(総合)	
	支店			
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）			