

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、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		生年月日	令和 年 月 日 生	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ・ 天理市			
<b>医療機関証明欄</b>				
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			

## 【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	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）		