



新生児聴覚検査受診費申請書兼請求書

令和 年 月 日

四 万 十 町 長 様

下記のとおり県外医療機関で受診しましたので、新生児聴覚検査受診費について、関係書類を添えて申請（請求）します。

申請者 (保護者)	フリガナ			電話番号	— —	
	氏 名	Ⓜ				
	住 所	〒 — 四万十町				
対象児	フリガナ			生年月日	令和 年 月 日	
	氏 名					
交付申請内容	※申請額は、領収書の金額をご記入ください。ただし 5,540 円が上限です。ただし、長期入院及び外来検査の場合は 6,094 円が上限となります。					
	検査種別	検査実施日	領収書金額	申請額※	検査日 チェック	決定額
	新生児聴覚検査(1回目)	年 月 日	円	円		円
	新生児聴覚検査(再検査)	年 月 日	円	円		円
	合 計	回	円	円		円
振込先	金融機関名	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書き下さい。)	(フリガナ) 口座名義	
	農協 銀行 信 金 ()	本店 支店 出張所	普通 当座			
	ゆうちょ銀行(郵便局)を指定される場合は、 貯金通帳の見開き下の他金融機関からの受取口座 を記入下さい。					
委任欄	この欄は、申請者本人名義の口座がない場合にのみご記入ください。 上記、受領に関することを下記の者に委任します。申請者氏名 Ⓜ 受任者 住所 _____ 氏名 _____ (申請者との続柄 _____)					

② 太実線内のみ記入下さい。色付き部分は町記入欄です。

② 新生児聴覚検査に要した費用(保険診療適用外)に関する領収書と未使用の新生児聴覚検査受診票を添付して下さい。

《以下は町記入欄ですので記入しないで下さい。》 ☐ チェック ☐ 入 力 ☐ 起 票

支給決定年月日	年 月 日	支給決定金額	円
---------	-------	--------	---