

(別記第4号様式)

新生児聴覚検査費償還払申請書

令和 年 月 日

函館市長様

〒000-0000
住所 函館市五稜郭町23番1号

申請者 氏名 函館 花子

函館市新生児聴覚検査事業実施要綱第9条に基づき、下記のとおり申請します。
なお、償還払の可否を決定するために必要な場合は、本申請に係る情報の照会・提供および医療機関に対する検査内容等の照会について同意します。

フリガナ	ハコダテ シロウ	生年月日	令和 年 月 日生
受診者氏名	函館 次郎	新生児聴覚検査 受診票 No	030000
電 話	(000) 000 - 000		

検査実施日	検査の種類	検査に要した費用	償還払決定額 母子保健課記入欄
令和3年 4月 3日	自動 ABR	5,000円	
申請額 金 5,000 円			円

【振込先金融機関の名称および口座番号】

申請者と口座名義人は同一であること。諸事情により申請者以外の口座への振り込みを御希望される場合には、裏面の「委任状」に御記入ください。

振込先銀行等の名称	口座番号	口座名義
函館 銀行 〇〇〇 本店 普通 支店 当座 出張所	00000000	フリガナ (ハコダテ タロウ) 函館 太郎

※添付書類 (1) 新生児聴覚検査受診票 (検査結果、医療機関の名称が記入され、担当医師の押印があるもの)
(2) 検査に係る医療機関の領収書 (新生児聴覚検査とわかるもの)
(3) 母子健康手帳の「新生児聴覚検査の記録」の写し

受 理 印

委 任 状

私（委任者）は、次の者（受任者）に函館市から支払われる新生児聴覚検査費用助成金の受領にかかる権限を委任します。

委任者	氏名 函館 花子 印	受任者	住所 函館市五稜郭町 2 3 番 1 号
			氏名 函館 太郎