新生児聴覚検査費償還払申請書

年 月 日

函館市長様

□ 住所 函館市 申請者 氏名

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	生年月日	年	月	日生
電話	新生児聴覚検査 受 診 票 No			

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}
年 月 日			
	申請額	金 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
銀行 本店 金庫 支店 出張所	当座	フリガナ ()

※添付書類	(1)	新生	生児聴覚	検査受診	票	(検査結果,	医療機関の	名称が	記入さ
	ž	ħ.	担当医院	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	