

新生児聴覚検査費償還払助成金申請書

年 月 日

指宿市長 様

指宿市妊産婦・乳幼児健康診査等委託事業実施要綱第9条第2項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検査に係る費用の助成について申請をします。

フリガナ 申請者氏名		Ⓜ				
申請者住所		指宿市		電話番号		
フリガナ 子の氏名				生年月日	年 月 日生	
申請 内容	検査内容	検査日	検査費用 (自己負担額)	検査費用 (助成対象額)	上限額	償還払決定額
	初回検査	年 月 日	円	円	3,000円	円
	確認検査	年 月 日	円	円	3,000円	円
	全 合 計			円	円	

処理欄（下枠内は記入不要）

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

- 注1 この申請書は、指宿市民の方で、医療機関において新生児聴覚検査を受診された方が検査費の償還払助成金を受けるための書類です。
- 2 申請者は、新生児聴覚検査受診(結果)票と医療機関等が発行した領収書その他新生児聴覚検査に要した費用の支払い額が確認できる書類、母子健康手帳の「検査の記録」の写しを添付してください。
- 3 償還払いは、支払った金額のうち初回検査 3,000円・確認検査 3,000円を上限に還付されます。