

様式第2号（第9条関係）

平塚市新生児聴覚検査償還払い申請書兼請求書

年 月 日

平塚市長 宛て

申請（請求）者 住所
氏名
続柄
電話番号

平塚市新生児聴覚検査に係る償還払いについて、平塚市新生児聴覚検査実施要綱第9条の規定により、次のとおり請求します。

なお、償還払いの交付決定に必要な場合は、医療機関に対して当該検査の内容の照会をすることに同意します。

対象児	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	年 月 日
	住所	平塚市		
	電話番号		母子健康手帳番号	
検査内容	検査日	償還払い 上限額 (A)	支払額 (B)	請求額 (A) 又は (B) いずれかの少ない額
AABR ・ OAE	年 月 日 (生後 日)	AABR 3,000円 OAE 1,500円	円	円
右の金額を請求します。				円
振込先	名称	銀行・信用金庫 信用組合・農協 支店		
	口座番号	(普通・当座)		
	ふりがな 口座名義			

添付書類

- (1) 未使用の「平塚市新生児聴覚検査費用補助券」
- (2) 医療機関が発行した、対象児又は母の氏名、検査日及び検査に要した費用が記載されている新生児聴覚検査の領収書（写し）、その他検査に要した費用の支払額等が確認できる書類（写し）（※「出産費用に含む」など検査費用の額が明確でない場合は償還金の支払い対象外）
- (3) 新生児聴覚検査の受診日及びその結果が記載されている母子健康手帳（写し）

申請・請求期限／初回検査日から1年以内

