

年 月 日

笠置町長 殿

申請者・請求者（助成対象者）

氏 名 _____ ⑩

住 所 _____

新生児との続柄 _____

電話番号 _____

笠置町新生児聴覚検査費助成金償還払申請書兼請求書

新生児聴覚検査における償還払いについて、笠置町新生児聴覚検査助成事業実施要綱第8条の規定により下記のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。

検査を受けた 新 生 児	ふりがな			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
	住 所	笠置町大字 小字		
検査医療機関	医療機関名			
	住 所			
検 査 日	年 月 日			
検 査 方 法	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR）又は聴性脳幹反応検査（ABR） <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査（OAE）			
検 査 結 果	右：パス（反応あり）・リファー（要再検査）			
	左：パス（反応あり）・リファー（要再検査）			
請 求 額 内 訳	償還払上限額 (A)		受検者支払額 (B)	請求金額 (A) 又は (B) いずれか少ない額
	<input type="checkbox"/> 自動 ABR 又は ABR 4,020 円	<input type="checkbox"/> OAE 1,500 円	円	円
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 組合	店 支店 出張所	普通・当座
	口座番号	フリガナ		
		口座名義人		

〈添付書類〉下記（1）、（2）ともに必要

(1) 領収書 又は 診療明細書

(2) 聴覚検査結果書類の写し 又は 母子健康手帳の写し