

様式第 4 号

宗像市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

宗像市長 宛

申請者 住所 宗像市  
(保護者) 氏名  
電話  
新生児との続柄

宗像市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第 9 条の規定により、下記のとおり  
検査費用助成金を申請及び請求します。

記

新生児氏名	
生年月日	年 月 日
検査医療機関名	
検査医療機関住所	
申請理由	委託医療機関以外での検査 その他( )
検査日(出生後 28 日未満とする)	年 月 日
検査方式	A A B R ・ A B R ・ O A E
結果	右( パス ・ リファー ) 左( パス ・ リファー )
支払額	円
請求額( 5,000 円を上限とする)	円( *)

(\*) 欄は記入しないでください。

振込先口座は申請者名義の口座をご記入ください。

振込先	
金融機関名	銀行 支店
口座種別	普通・当座 その他( ) 口座番号
(カナ) 口座名義	

宗像市確認欄

領収書の写し 診療明細書の写し 受診券(1・2 枚目を回収、空白も可)  
検査結果の写し(結果票や母子手帳「検査の記録」ページなど)(受診券に結果記載がある場合は不要)

受付者	
-----	--

様式第 4 号

領収書の写し 貼付箇所

検査費用が出産費用に含まれている場合は、その領収書の写し

診療明細書の写し 貼付箇所

出産費用の内訳が記載されたものの写し

検査結果の写し 貼付箇所

医療機関が発行した結果票、母子健康手帳の「検査の記録」ページ等  
提出する「受診券」に検査結果の記載がある場合、この書類は不要です