

## 新生児聴覚検査請求書

東みよし町長 殿

住 所 東みよし町

申請者氏名

印

電話番号

東みよし町新生児聴覚検査実施要綱に基づき、下記のとおり新生児聴覚検査費を請求致します。

受診者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	東みよし町		電話
申請額	金 円			
医療機関名				
初回検査年月日	年 月 日	検査方式	AABR	OAE

## 【振込口座】

金融機関名	銀行 農業協同組合		支店 支所
預金種別	普通・当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義			

※ここから下は記入しないで下さい

処理欄	支給決定額	金 円	確認印	
-----	-------	-----	-----	--

注1. 検査方法は AABR もしくは OAE が対象となります。

注2. 医療機関で発行された領収書を添付して下さい。

注3. 結果が記載された新生児聴覚検査受診票もしくはその結果が記載された物（母子健康手帳等）の写しを添付して下さい。

注4. 未使用の新生児聴覚検査受診票がある場合は添付して下さい。