

【記入例】

- ・丸で囲んだところを記入してください。申請者と振込先は同じ氏名を書いてください。
- ・請求額内訳は記入をしないでください。請求書を確認し、子育て包括支援課で記入いたします。

様式第2号（第8条関係）

新生児聴覚検査償還払い申請書兼請求書

古河市長 宛て

年 月 日

住所  
申請（請求）者 氏名 ①  
(自署又は記名押印)  
続柄  
電話番号

新生児聴覚検査に係る償還払いについて、古河市新生児聴覚検査実施要綱第8条第2項の規定により、次のとおり申請（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。

受診者	ふりがな 氏 名	男・女	生年月日	年 月 日生	
	住 所	古河市			
	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	
初回検査 (1回目)	年 月 日 (生後 日)	3,000円	円	円	
※確認検査 (2回目)	年 月 日 (生後 日)	3,000円	円	円	
右の金額を請求します。(上限額1回につき3,000円)				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				

※確認検査は、初回検査で要再検査になった場合のみ実施

添付書類

- (1) 市の交付した新生児聴覚検査受診票（検査結果の記載のあるもの）
- (2) 医療機関が発行した検査者又はその保護者の氏名、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)
- (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