

佐世保市新生児聴覚検査事業（償還払い）請求書兼申請書

令和 年 月 日

（あて先）佐世保市長

申請者の住所

申請者の氏名 (印) (受検者との続柄: )

電話番号

新生児聴覚検査を長崎県外で受診したので、佐世保市新生児聴覚検査実施要綱第9条の規定により関係書類を添えて支給を申請します。

受検内容 (該当に○)	初回検査			確認検査				
フリガナ				生年月日	令和 年 月 日			
受検者氏名								
受診した県外の 医療機関名			県外の医療 機関の住所	都・道・府・県	医療機関の電話番号 ( ) -			
受検日	初回検査	令和 年 月 日		確認検査	令和 年 月 日			
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	預金 種別	普通・当座		
	フリガナ			口座 番号				
	口座名義人							

【請求内訳】

区 分	ア 領収金額	イ 支給限度額	請求額 (アとイのうち少ない額)
初回検査		3,000円	
確認検査		3,000円	
		合 計	

(請求額の訂正はできません。)

注意事項

- ・ 母子健康手帳の「検査の記録」（新生児聴覚検査部分）の写しを添付してください。
- ・ 医療機関の領収書（受検料がわかるもの）を添付してください。（写しでも可）
- ・ 振込先の情報（口座番号等）がわかる通帳（郵送の場合は「写し」）を添付してください。
- ・ 初回検査及び確認検査のうち、最後に検査を受けた日から起算して5年以内に申請してください。
- ・ 領収金額に記入する額は、保険適用外（10割負担）の額です。