

宮古島市長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 電話番号 _____

新生児聴覚検査助成金償還払申請書

次のとおり新生児聴覚検査助成金償還払申請書を申請します。
 なお、助成金の交付の決定に必要な場合は医療機関に対して検査内容の照会をすることに同意します。

1. 申請

検査受診者	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	申請者との続柄	
保護者	住 所	宮古島市
	氏 名	
	生年月日	年 月 日

検査年月日	検査実施 医療機関名	自己負担額 (A)	助成申請額 (B)	請求額 (A) 又は (B) いずれか 少ない額
			3,000円	

2. 振込先

金融機関名	銀行 ・ 信金 ・ 農協 ・ 信用組合
支 店 名	本店 ・ 支店
預金種別	普通 ・ 当座 口座番号：
ふりがな	
口座名義	

【添付書類】

- ① 新生児聴覚検査受診票（医師が結果を記載したもの）
- ② 医療機関が発行した領収書または検査費用の支払い額が確認できる書類
- ③ 親子健康手帳（母子手帳）の新生児聴覚検査結果記載欄の写し