

様式第1号(第10条関係)

新生児聴覚検査費及び産婦健康診査費支給申請書 (扶助費償還払い)

※太枠内を御記入ください。

母子健康手帳の 番 号		産婦氏名 (生年月日)		新生児氏名 (生年月日)	
住 所				連絡先	
委託医療機関の名称					

○新生児聴覚検査の費用 (太枠内を御記入ください)

検査年月日	検査費用 (自己負担額)	検査費用(申請額)	上限額 (AABR6,000円: OAE3,000円)	助成金額
年 月 日	円		円	

○産婦健康診査の費用の内訳 (太枠内を御記入ください。)

検査年月日	検査費用 (自己負担額)	検査費用(申請額)	上限額	助成金額
年 月 日	円		5,000円	
年 月 日	円		5,000円	

上記のとおり、新生児聴覚検査及び産婦健康診査に要した費用に関する、証拠書類を添えて申請します。

なお、支給額については下記の口座へ送金願います。

振込先口座	銀行 農協	支店 支所	預金種目	口座番号	口 座 名 義 人	フリガナ
振り込み額	円					
年 月 日 請求者 住 所 氏 名 Ⓜ (子から見た続柄) うきは市長様						
備 考	新生児聴覚検査及び産婦健康診査領収書 母子手帳 新生児聴覚検査及び産婦健康診査受診券					