

福知山市 **新生児聴覚スクリーニング検査費** 支給申請書

年 月 日

福知山市長様

申請者住所 〒 \_\_\_\_\_  
福知山市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)  
電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり、新生児聴覚検査費の支給を申請します。

フリガナ 産婦氏名	ベビー	受診券交付番号	
産婦生年月日	年 月 日	受診券交付日	年 月 日
児生年月日	年 月 日		
受診 医療機関	( )都・道・府・県( )市・町・村	【検査内容】 <input type="checkbox"/> 自動 ABR 又は ABR <input type="checkbox"/> OAE	
申請理由	1 府外(委託外)医療機関受診のため      2 その他( )		

下記の口座に振り込み願います。

金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合		本店 支店 支所			
	ゆうちょ銀行		店番(3けた)			
種 目	普通・当座	口座番号 7けた				
フリガナ 口座名義						

申請者と振込先口座名義が違う場合、以下にも記名をお願いします。

口座名義人は(夫・妻・その他( ))であり、当該口座に振り込むことについては、異存ありません。  
申請者氏名

※下欄は、記入しないでください。

確認欄      届出方法     窓口受付     郵送受付      受付者( )

支払決定額	自己負担額		支給決定額		
	添付書類	1 領収書      2 受診券 4 通帳等の写し      5 その他( )	3 母子健康手帳の結果の写し		
	備考				

