

みやま市長 様

(申請者・請求者)

住所

氏名

受診者との関係

電話番号

新生児聴覚検査費助成金申請書兼請求書

新生児聴覚検査費助成金について、みやま市新生児聴覚検査実施要綱第11条第3項の規定により、次のとおり申請し、請求します。

新生児聴覚 検査受診者	ふりがな			生年月日
	氏名			年 月 日
	住所	みやま市		
	母子健康手帳番号			
申請内容	検査の種類	償還払上限額 (A)	受診者支払額 (B)	申請額（請求額） (A) 又は (B) いずれか少ない額
	AABR・ABR OAE	円	円	円
振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合	店 支店 出張所	普通・当座 (該当するものを ○で囲む)
	口座番号		フリガナ	
			口座名義	

◎申請上の注意

- この申請書は、新生児聴覚検査受診券を利用できない医療機関（国内のみ）においてみやま市に住所を有する新生児が検査を受けた際に助成を受けるための書類です。
- 申請の際は、この申請書に結果を記載してもらった受診券又は検査を受けたことが確認できる書類の写し、医療機関等が発行する領収書等を添付してください。
- 申請期限は、検査日から起算して12か月以内です。