第6号様式(第9条関係)

長崎市新生児聴覚検査支給金交付申請書

令和　　年　　月　　日

(あて先)　長　崎　市　長

申請者の住所

申請者の氏名

（受検者との続柄　　）

新生児聴覚検査を長崎県外で受診したので、長崎市新生児聴覚検査実施要領第9条の規定により関係書類を添えて申請します。

受検内容(該当に〇)	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											
住所(里帰り先)	〒　　(　　様方)							TEL	(　　)　－		
母の氏名			TEL(自宅又は携帯)								
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				
	ﾌﾘｶﾞﾅ		口座番号								
	口座名義人										

【請求内訳】　　(単位：円)

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

- 領収書(写し)及び検査結果（写し）を添付してください。
- 母子健康手帳の「検査の記録」のページの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1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。