

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

受診者の住所・氏名を記入ください。ただし、受診者名義の振込口座がない場合は別の方(原則、夫)を申請者とすることができます。この場合は請求に係る委任状を提出してください。

申請者の住所 **長崎市桜町○番○号**

申請者の氏名 **長崎 花子**

(受検者との続柄 **母**)

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○)	初回検査		確認検査			
フリガナ	ナガサキ タロウ		生年月日	令和 ○年 ○月 ○日		
受検者氏名	長崎 太郎					
住所 (里帰り先)	〒○○○-○○○○ (○○ 様方)		Tel	(□□□) □□□-□□□□		
母の氏名	長崎 花子		Tel(自宅又は携帯)	090-△△△△-△△△△		
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	申請者名義のものを記入ください。		本店	預金種別	普通 当座
	フリガナ	ナガサキ ハナコ		支店	出張所	
	口座名義人	長崎 花子		口座番号	右づめで記入ください。	
				0	1	2 3 4 5 6

【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	5,000	3,000円	3,000
確認検査		3,000円	
合計			3,000

(請求額の訂正はできません。)

保険診療分は対象外です。

支給限度額は、本市が医療機関と委託契約を結ぶ際の委託金額のことです。

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。