

## 土浦市新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

ふりがな 乳児氏名		生年 月日	年 月 日
住 所	土浦市		
検 査 を 受 け た 日	初回検査	令和 年 月 日	(生後 日)
	確認検査	令和 年 月 日	(生後 日)
検 査 料 金	_____ 円		
請 求 額	_____ 円		
※ 新生児聴覚検査 1 回につき、自動 ABR(ABR を含む)は 3,000 円を、OAE は 2,000 円を上限に、その額に満たない時は検査に要した額。			
振込先金融機関	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店名 支店出張所
	預金種目	普通 当座	口座番号
	口座名義	フリガナ	
<p>上記のとおり、新生児聴覚検査費助成金の交付申請及び請求をします。</p> <p>なお、申請の内容について市長が関係機関等に照会し、又は報告を求めることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ (印)</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p> <p>(申請先) 土浦市長 乳児との続柄 ( )</p>			

- 添付書類
- 1 検査に要した費用の領収書（聴覚検査の費用が明記されているもの）  
※領収書が添付できないときは、検査費用の領収書に関する調査書
  - 2 検査を受けた事実を証明する書類（検査結果票等）
  - 3 新生児聴覚検査受診票