

第3号様式（第9条関係）

山武市新生児聴覚スクリーニング検査費償還払申請書兼請求書

フリガナ 児氏名			生年月日	年 月 日
住 所	山武市 (電話 )			
受診医療機関	住 所 (電話 ) 医療機関名 代表者氏名			
検査の種類	新生児聴覚スクリーニング検査			
受診料金	円			
請求額	円			
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 支店		
	種 別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			
上記により新生児聴覚スクリーニング検査費償還払を請求します。				
年 月 日				
(宛先) 山武市長				
申請者氏名				㊟
(署名又は記名押印)				

※ 新生児聴覚スクリーニング検査生後 50 日以内における初回検査用の一部を公費負担するものです。2回目以降の検査は自己負担となります。

- ※ 添付書類 ① 新生児聴覚スクリーニング検査に係る費用の領収書  
 ② 医療機関等から返戻された新生児聴覚スクリーニング検査受診票  
 ③ 預金通帳、銀行カードその他の振込先金融機関名、預金の種別、口座番号及び預金の名義を確認できるものの写し