様式第1号（第4条関係）

令和　　年　　月　　日

　坂城町長　　　殿

申請者

住　所

氏　名

受診者との関係

電話番号

坂城町新生児聴覚検査県外受診費助成金交付申請書

　新生児聴覚検査受診費助成金の交付を受けたいので、坂城町新生児聴覚検査県外受診費助成金交付要綱に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 新生児聴覚検査受診者 | フリガナ | 　 | 生年月日 |
| 氏名 | 　 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 〒坂城町 |
| 電話番号 | 　 |
| 申請する受診票(該当するものを○で囲む) | 初回検査　・　確認検査 |
| 申請額内訳 | 健康診査の区分 | 償還払上限額（Ａ） | 受診者支払額（Ｂ） | 申請額（Ａ）又は（Ｂ）いずれか少ない額 |
| 初回検査 | 円 | 円 | 円 |
| 確認検査 | 円 | 円 | 円 |
| 合計申請金額 | 　　　　　　　　　　　　　　円 |

添付書類

⑴　未使用の坂城町新生児聴覚検査受検票

⑵　県外医療機関等が発行した領収書で、検査費の額、受診日及び医療機関又は助産所の名称が記載されたもの

⑶　母子健康手帳の写し又は県外医療機関等が発行した検査結果

⑷　前３号に掲げるもののほか、町長が必要と認めるもの