

乳児一般健康診査・新生児聴覚検査費助成金請求書

フリガナ 乳児氏名		生年月日	年 月 日
母子手帳No.	—	電話番号 携帯電話	
振込先	銀行 信金 信組 農協	口座番号	普通・当座 NO. _____
		フリガナ 名義人	
請求金額	円		
<p>上記のとおり、乳児一般健康診査・新生児聴覚検査の助成金を請求します。 尚、請求した助成金は、上記の振込先に振替してください。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>忍野村長 殿</p> <p style="text-align: right;">請求者住所 忍野村忍草・内野</p> <p style="text-align: right;">氏 名 (印)</p> <p style="text-align: right;">受診者との関係 ()</p>			
備考			
<p>《注意事項》</p> <ol style="list-style-type: none">領収書及び乳児一般健康診査・新生児聴覚検査受診票（未使用）、母子健康手帳の写しを添付してください。忍野村に登録されている振込先と上記の振込先が異なる場合、今後忍野村からの振替がすべて上記の振込先に振り替えられます。助成金額は、裏面の通りです。なお、上限額に満たない場合はその金額を助成します。また、上限額を超えた分の金額は自己負担となります。申請期限は、健診日の翌月から1年以内となりますので注意してください。			

忍 野 村

乳児一般健康診査結果

健診日	年 月 日
受診結果	1 異常なし 2 要精検 () 3 要治療 () 4 その他 ()
金額	円 (上限 5,350円) ※保険適用外健診代 ※別添領収書のとおり

新生児聴覚健康診査結果

初回検査日	年 月 日
検査方法	自動ABR ・ OAE ・ 不明
受診結果	右耳 (pass ・ refer) 左耳 (pass ・ refer)
総合所見	1. 異常なし 2. 要再検 (左 ・ 右) 3. その他 ()
金額	円 (上限 3,000円) ※保険適用外検査代 ※別添領収書のとおり