

## 八戸市新生児聴覚検査費用助成申請書兼請求書

年 月 日

(あて先) 八戸市長

申請者住所

(保護者) 氏名

(児の氏名: 年 月 日生)

電話番号

下記のとおり、新生児聴覚検査費用の助成について申請します。  
また、この申請に伴う書類すべての記載事項について、相違ありません。

申請額(請求額)            新生児聴覚検査            回分            円

区分	検査日	単価(上限額)	金額
初回検査	年 月 日	自動 ABR 6,600 円 OAE 3,800 円	円
※確認検査	年 月 日	自動 ABR 6,600 円 OAE 3,800 円	円
合計			円

※確認検査は、初回検査で要再検査になった場合のみ実施

振 込 口 座	金融機関 および 店名	銀行・金庫・農協・組合							店・支店・所
	預金種目	1. 普通預金    2. 当座預金    3. その他 (            )							
	店番								
	口座番号								(右づめで記入してください)
	口座名義 (本人名義)	ワガナ							