

忠岡町 新生児聴覚診査受診料助成申請書兼請求書

(別紙)

ふりがな 受診者氏名		男・女	生年月日 年 月 日		
診療 明細 書	検査の種類		①上限額	②検査料	③請求額 (①と②を比較して低い方の額)
		ABR 検査(自動聴性脳幹反応検査)	5,000円	円	円
		OAE 検査(耳音響放射検査)	1,500円	円	円
	受検日 : 年 月 日 医療機関 住所 : 名称 : ⑩ 医師氏名 :				
上記明細通り診療を受けたので申請いたします。 年 月 日 住所 : 大阪府泉北郡忠岡町 申請者氏名 : ⑩ 忠岡町長殿					

口座振込依頼書

口座振込	銀行・信用金庫 信組・信連・農協		本店・支店 本所・支所	預金種別	1. 普通 2. 当座
	口座番号			金額	
(フリガナ) 口座名義人氏名					

(口座番号は、左づめでご記入ください)

上記金額を口座振込で請求します

年 月 日

請求者氏名	⑩
住所	大阪府泉北郡忠岡町
電話番号	- -

- 持参書類等チェック欄：使用しなかった忠岡町新生児聴覚検査受診券  
医療機関より発行された領収書、明細書  
母子健康手帳等検査結果の写し