様式第3号（第8条関係）

宇美町新生児聴覚検査費請求書

宇美町長

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

以下のとおり、　　　年　　月分として新生児聴覚検査費を請求します。

請求金額　　　　　　　　　　　　 円

１.助成金申請額

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種　目(1人につき上限5,000円) | 金額 | 件　　　数 | 合　計　金　額 |
| 新生児聴覚検査（初回検査）  検査方法：自動ABR ・ ABR ・ OAE | 円 | 件 | 円 |
| 新生児聴覚検査（確認検査）  検査方法：自動ABR ・ ABR ・ OAE | 円 | 件 | 円 |
| 診査支払い事務 | 円 | 件 | 円 |
| 総　　　　　計 | | | 円 |

２.振込口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行 ・ 金庫 ・ 農協 |
| 支　 店 　 名 | 本店・支店・支所・出張所 |
| 預金種目 | 普通　･　当座　・その他（　　　　　） |
| 口　座　番　号 |  |
|  |  |