

奈良市

新生児聴覚検査費用還付申請書

令和 年 月 日

奈良市長

住 所

奈良市

申請者名（養育者）

連 絡 先 — —

必要書類を添えて下記のとおり還付申請します。

なお、他の自治体で、新生児聴覚検査にまつわる助成を受けていません。

また、請求内容審査のため、奈良市が転入前住所の市町村へ交付状況や、医療機関等へ受診内容の照会をすることについて承諾します。

記

1 受検者

児氏名： 生年月日：令和 年 月 日 受検日：令和 年 月 日

2 助成申請額

金 円也

（自動 ABR 上限 4,000 円 または OAE 上限 1,500 円）

3 振込先

金融機関名		支店名		種別	口座番号				口座名義人（カタカナ）
				☐ 普通					
金融機関コード		支店コード (店番)		☐ 当座					

口座名義人は申請者本人（新生児の養育者）に限ります。 ※口座情報に誤りがないか再度ご確認ください

4 必要書類

(1) 新生児聴覚検査の結果が記載された母子健康手帳の写し、もしくは結果がわかるものの写し

(2) 聴覚検査費用が記載された医療機関等の領収書の写し （明細書の写しのみは不可）

※領収書に検査費用が記載されていない場合には、領収書と併せて検査費用が記載されている
明細書の写し

(3) 口座情報を証明できる書類の写し（キャッシュカードや通帳の写しなど）

(4) 新生児聴覚検査 同意書兼受診券（裏面に貼付）

※紛失や出生時転入等で受診券が交付されていない場合は、母子保健課（はぐくみセンター 3 階）での
再発行手続きが必要です。

【問い合わせ・送付先】

〒630-8122 奈良市三条本町 1 3 番 1 号 奈良市母子保健課 （電話） 0 7 4 2 - 3 4 - 1 9 7 8

○新生児聴覚検査同意書兼受診券 貼付スペース

<注意>

- ・ 申請書に訂正がある場合には、二重線を引き、枠外に訂正内容および自署で氏名を記載してください。
申請者（本人）氏名横に捺印がある場合には、捺印と同じ印鑑を訂正印とし、訂正することが可能です。
- ・ 自動ABRの場合は4000円、OAEの場合は1500円を上限として補助を受けることができます。検査費用がこれよりも高くなる場合は、その差額を実施機関に支払う必要があります。
- ・ 領収書を紛失してしまった場合はご請求頂けませんのでご注意ください。
- ・ 申請は、新生児聴覚検査受診後におこなってください。