

記入例

奈良市

新生児聴覚検査費用還付申請書

令和〇年4月1日

奈良市長

住所

奈良市 三条本町13番1号

申請者名(養育者) 奈良 花子

連絡先 0742 - 34 - 1978

必要書類を添えて下記のとおり還付申請します。

なお、他
また、請
とについて承諾します。

上限に満たない金額の場合、かか
った金額を記入。

助成
市町

訂正の場合は二重線を引き、枠外に訂正内容及び自
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。

記

1 受検者

児氏名: 奈良 さくら 生年月日: 令和6年4月1日 受検日: 令和6年4月3日

2 助成申請額

1,500

金 ~~4,000~~ 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)
〇〇〇〇	〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	1 2 3 4 5 6 7	ナラ ハナコ
金融機関コード 〇 〇 〇 〇	支店コード (店番) 〇 〇 〇			

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。

金額「4,000」を「1,500」に訂正 奈良 花子

【問い合わせ・送付先】

〒630-8122 奈良市三条本町13番1号 奈良市母子保健課 (電話) 0742-34-1978

○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。