

記入例①：検査1回ごとに検査費用が設定されている場合

新生児聴覚検査支

福島県知事様

関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚

【注意事項(共通)】

1. 修正テープでの修正は禁止です。
2. 修正については下記のとおり処理してください。
 (1)金額の修正→修正不可のため、新しい申請書に書き直し。
 (2)上記以外の修正→二重線と訂正印により訂正。

ふりがな*	ふくしま はなこ	ふりがな	たろう
申請者の氏名	福島 花子	児の名	太郎
検査日現在の 住民票上の住所	〒 960-8670 福島県 福島市杉妻町2番16号		添付書類の「住民票」から転記して下さい。
電話番号	024-521-7174		
振込先	★振込先口座の名義人は、申請者「ふりがな*」と同一でなければ振り込めませんのでご注意ください。		
金融機関名	東邦 銀行・金庫・農協	県庁	本店 支店・出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7

	1. 初回検査	2. 確認検査 「1. 初回検査」で要検査の場合	3. 再確認検査 「2. 確認検査」で要検査の場合
検査日	平成◆◆年◆◆月◆◆日	平成▲▲年▲▲月▲▲日	平成××年××月××日
検査結果	異常なし・ 要検査	異常なし・ 要検査	異常なし・ 要検査
検査機器 (助成上限額)	AABR ・OAE (2,500) (1,000)	AABR ・OAE (2,500) (1,000)	AABR ・OAE (2,500) (1,000)

①検査費用(※)	5.000 円	3.000 円	1.500 円
②選定額(※)	2.500 円	2.500 円	1.500 円
③基準額(※)	6.500 円		
④自己負担額	6.900 円		

「②選定額」の合計額を記載してください。

例) 2.500 + 2.500 + 1.500 = 6.500

- ※①は、医療
 ※②は、「助
 ※③は、記入
 ※④は、領収書に記載の自己負担額を記載してください。なお、③が0円の場合は助成対象となりませんのでご注意ください。

★上記③と④のうち、低い方の金額を記載してください。

申請額	6.500 円
-----	---------

【添付書類】

1. 検査日、検査機器及び検査費用を確認できる資料
2. 住民票謄本の写し
3. 検査費用を確認できる診療明細書の写し等
4. 振込先を確認できる通帳の写し
5. 検査費用を含む領収書の写し等

◆「3. 再確認検査」で要検査だった場合の、その後の精密検査結果(支払とは無関係ですが、今後の支援のために記載してください)

(異常なし・異常あり・未実施)