

記入例②：複数回分の検査費用が一括で設定されている場合

新生児聴覚検査

福島県知事様

関係書類を添えて下記のとおり新生児聴

【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。

忘れずに押印
願います。

ふりがな*	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	

すべて記載の上、記載誤りがないか必ず
確認してください。

	2. 確認検査 <small>初回検査」で要検査の場合</small>	3. 再確認検査 <small>「2. 確認検査」で要検査の場合</small>
検査日	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
検査機器 <small>(助成上限額)</small>	AABR ・OAE	AABR ・OAE
	(2,500)	(1,000)

「初回検査」欄に検査費用(一括分)を記載し、「確認検査」
「再確認検査」欄には「一括」と記載してください。

①検査費用(※)	7.000 円	一括 円	一括 円
②選定額(※)	2.500 円	2.500 円	2.500 円
③基準額(※)	7.000 円		
④自己負担額(※)	6.900 円		

※①は、医療機関で設定した聴覚検査代(他の検査代は除く)を添付書類から転記して下さい。
 ※②は、「助成」(②選定額)の合計と、「①検査費用」のうち、いずれか低い金額を記載して下さい。
 ※③は、記入
 ※④は、領収
 例) ②選定額合計: **2.500+2.500+2.500=7.500**
①検査費用: 7.000

★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	6.900 円
------------	----------------

<p>【添付書類】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>◆「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下さい)</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;">異常なし・異常あり・未実施</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------