

泉大津市軽度難聴児補聴器購入費支給検査料交付申請書兼請求書

泉大津市社会福祉事務所長 様 年 月 日

住 所 _____

申請者 氏 名 _____ (印)

支給対象児の氏名 _____

泉大津市軽度難聴児補聴器購入費支給事業実施要綱第8条第1項の規定により、泉大津市軽度難聴児補聴器購入費の支給に係る検査料を次のとおり申請します。

1. 泉大津市軽度難聴児補聴器購入費の支給に係る検査料の交付申請

交付申請金額	円		
申 請 内 訳	聴力検査の検査日	年	月 日
	聴力検査を受けた医療機関名		

2. 上記の申請額を請求します。次の口座に振込みを希望します。

金 融 機 関	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・支店 本所・支所
預 金 種 別	普通・当座	口座番号
フリガナ		
口座名義人		

3. 備考

- (1) 他の制度により検査料の助成を受けている場合は申請できません。
- (2) 交付申請額は、検査に要した費用（初診料又は再診料を含む。）と限度額5,000円とを比較して、いずれか低い方の額となります。検査に要した費用以外の費用（文書料金等）は、申請できません。
- (3) 検査日は、泉大津市軽度難聴児補聴器購入費支給申請に係る意見書（様式第2号）の医師が証明した日のみです。