

様式第7号（第9関係）

茨木市軽度難聴児補聴器購入等費用補助検査料交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）茨木市長

申請者（保護者）

住 所

氏 名

支給対象児の氏名

茨木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 茨木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
検査料交付申請額 金 円
（聴力検査に要した費用（初診料又は再診料を含む。） 円）

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・その他 ()	口座番号	
口座番号			
フリガナ 口座名義人			

（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、茨木市軽度難聴児補聴器購入等費用補助金交付意見書（様式第2号）の医師が証明した日のみです。