様式第３号（第１０条関係）

大田原市新生児聴覚検査助成金交付申請書兼請求書

　　　年　　月　　日

大田原市長　　様

住　　所　大田原市

申請者　氏　　名

電話番号

新生児聴覚検査費の助成を受けたいので、大田原市新生児聴覚検査実施要綱第１０条第２項の規定により、次のとおり申請及び請求いたします。

１　検査の内訳及び助成申請（請求）額

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 大田原市 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 新生児氏名 |  |
| 検査実施機関 |  | 検査日 | ・初回検査　　　　年　　月　　日　・確認検査　　　　年　　月　　日 |
| 検査種類 | □自動聴性脳幹反応検査（自動ＡＢＲ）□耳音響放射検査（ＯＡＥ） | 検査費用 | 円 |
| 助成金申請（請求）額（検査費用が５，０００円を超える場合は上限５，０００円） | 円 |

２　振込先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 支店等名 |  |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

添付書類

⑴　新生児聴覚検査を受診した医療機関の領収書

⑵　新生児聴覚検査受診票

⑶　母子健康手帳の写し

　　※⑵又は⑶のいずれかに検査結果の記載があるものを添付してください。