

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	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR） <input type="checkbox"/> 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

- (1) 新生児聴覚検査を受診した医療機関の領収書
- (2) 新生児聴覚検査受診票
- (3) 母子健康手帳の写し

※(2)又は(3)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。