

大田原市長 様

申請者
住 所
氏 名
電話番号

大田原市新生児聴覚検査助成金交付申請書兼請求書

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します。

1 検査の内訳及び助成申請（請求）額

住 所					
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 ・確認検査	年 月 日 年 月 日	
検査の種類	<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

金融機関名		支店等名				
種 別	普通	口座番号				
フリガナ						
口座名義						

3 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。