様式第 4 号 (第 8 条関係)

年 月 日

五霞町長 様

申請者 住所 五霞町
氏名
連絡先 (電話)

五霞町新生児聴覚検査費助成申請書兼請求書

五霞町新生児聴覚検査費助成金支給事業実施要綱 (平成 31 年五霞町告示第 28 号) 第 8 条の規定に基づき、次のとおり申請します。また、支給決定後は、次に指定する口座への振込みにより支給されるよう請求します。

フリガナ 新生児 氏名		生年月日	年 月 日
住所		医療機関	
	検査方法	実施費用額	助成額*町記入欄
初回検査	☐ 自動 ABR (ABR) ☐ OAE	円	円
確認検査	☐ 自動 ABR (ABR) ☐ OAE	円	円
助成金の申請額			円

備考 新生児聴覚検査 1 回につき、自動 ABR (ABR を含む) は 3,000 円を、OAE は 2,000 円を上限とする。

金融機関名	銀行・農協		支店
種別	当座 ・ 普通	口座番号	
口座名義人	フリガナ		

- 添付書類
- 1) 新生児聴覚検査受診票
 - 2) 新生児聴覚検査に要した費用の額が確認できる書類 (コピー不可)
 - 3) 新生児聴覚検査の受診日及び検査結果の記載された母子健康手帳の写し