

寒河江市新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

寒河江市長 様

申請者 住 所
氏 名 印
電話番号

寒河江市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

検査対象者	氏名	フリガナ	生年月日	令和 年 月 日
		(男・女)		
住所 連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	電話番号 ()			

種別	種類	検査日	検査結果	検査費用	請求額
初回検査	<input type="checkbox"/> AABR	年 月 日	異常なし・要再検査	円	円
	<input type="checkbox"/> OAE				
再検査	<input type="checkbox"/> AABR	年 月 日	異常なし・要精密検査	円	円
	<input type="checkbox"/> OAE				
実施医療機関	医療機関名： 所在地：			電話番号 ()	

※初回検査及び再検査について、各々上限額は5000円です。

※再検査は、初回検査で要再検査だった場合に行ったものに限ります。

◇申請者の口座をご記入ください。

振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協							本店・支店・出張所		
	金融機関コード					店番号					
	1. 1 普通	フリガナ									
	2. 2 当座	口座名義人		(申請者と同じ)							
	口座番号										

【添付書類】①受検票

- ②検査日、検査方法（検査機器）及び検査結果を確認できるもの
- ③委託外医療機関が発行する新生児聴覚検査の領収書の写し
- ④母子健康手帳の写し
- ⑤振込通帳の写し