

寒河江市新生児聴覚検査費助成金交付申請書

年 月 日

寒河江市長 様

申請者 住 所
氏 名
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条の規定により、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	年 月 日
		(男・女)		
	住 所 連絡先	☐ 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	☐ A A B R	年 月 日	異常なし・要再検査	円	円
	☐ O A E				
再検査	☐ A A B R	年 月 日	異常なし・要精密検査	円	円
	☐ O A E				
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6,000円

※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します。

◇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 普通 2 当座	フリガナ						
		口座名義人	(申請者と同じ)					
	口 座 番 号							

【添付書類】

- ① 寒河江市新生児聴覚検査受検票（様式第1号）
- ② 母子健康手帳の写し（出生届出済証明、検査の記録のページ等）
- ③ 委託外医療機関が発行する新生児聴覚検査の領収書及び明細書の写し等
- ④ 振込通帳の写し