

白河市新生児聴覚検査助成金申請書

白河市長 様

関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検査費用の助成を申請します。

記

記入日 平成 年 月 日

太枠内を記入してください。

ふりがな*		ふりがな	
申請者の氏名	印	児の名 (生年月日)	(H 年 月 日)
住 所	〒 白河市		
電 話 番 号			
振 込 先	★振込先口座の名義人は、申請者「ふりがな*」と同一でなければ振り込めませんのでご注意ください。		
	金融機関名	銀行 金庫 農協	本 店 支 店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号

※添付書類

- ・新生児聴覚検査結果通知書または、検査日・検査機器及び検査費用を確認できる資料
- ・検査費用が確認できる診療明細書の写し等
- ・検査費用を含む領収書の写し等
- ・振込先がゆうちょ銀行の場合、通帳の口座番号が記載されているページの写し

	1. 初 回 検 査	2. 確 認 検 査 「1. 初回検査」で要検査の場合	3. 再 確 認 検 査 「2. 確認検査」で要検査の場合
検 査 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
受診機関名			
検 査 機 器 (助成上限額)	AABR ・ OAE (2,500) (1,000)	AABR ・ OAE (2,500) (1,000)	AABR ・ OAE (2,500) (1,000)
①検査費用	円	円	円
②基 準 額	円	円	円

※①は、医療機関で支払った検査費用を記入する。

※②は、「助成上限額」を記入する。

★各検査の上記①と②のうち、低い方の金額を合計して記入する。

申請額	円
-----	---