

別記様式（第6条関係）

新生児聴覚検査助成金申請書

年 月 日

本巢市長 様

関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検査費の助成を申請します。

申請にあたり、次の2点について同意します。

- 1 申請の適正を判断するために必要な場合には、医療機関に対し検査内容等を照会すること。
- 2 「新生児聴覚スクリーニング調査結果票」に記載された個人情報及び結果を市において保管すること及び今後の支援のために必要な場合には、精密検査結果等について医療機関に照会すること。

記

保護者の氏名					
保護者の住所	本巢市 電話（ ） -				
新生児の名前					
申請額	*この欄は記入しないでください。 金 _____ 円 検査に直接要した費用。ただし、3,700円を超える場合は3,700円とする。				
振込先	金融機関名		本・支店名		
	普通 当座	口座番号	フリガナ 口座 名義人		
申請受理 年月日	年 月 日		承認・不承認 決定年月日	年 月 日	

注) 太枠の中をご記入ください。

[添付書類] 新生児スクリーニング検査結果票、新生児聴覚検査に係る領収書

[持参書類] 母子健康手帳