

島本町新生児聴覚検査費用助成申請書

島本町長様

年 月 日

申請者 住所 島本町
 氏名
 電話番号
 受検者との続柄()

島本町新生児聴覚検査実施要綱第9条第1項の規定により、次のとおり申請します。
 助成額の支払については、次の口座へ振込みを依頼します。なお、審査のため住民基本台帳を閲覧することに同意します。

受検者	氏名										
受検医療機関・助産所	医療機関名 助産所名										
	所在地										
振込先口座	銀行コード (4桁)							店番号 (3桁)			
	金融機関名 支店名	銀行・信金 農協・組合								支店	
	口座番号										預金種別
	フリガナ										普通 ・ 当座
	口座名義										

*以下は記入しないでください。

検査の種類	受検日	① 使用券種	②検査に伴う個人負担額	支給決定額 (①と②のいずれか少ない額)
自動聴性脳幹反応 (AABR)	年 月 日	5,000 円	円	円
耳音響放射検査 (OAE)	年 月 日	1,500 円	円	円

【添付書類】

- 医療機関又は助産所へ提出し、検査の結果その他の必要事項が記載された受検票
- 検査について医療機関又は助産所が発行した領収書
- 母子健康手帳の写し
- その他()