

伊根町新生児聴覚検査費助成金交付申請書

令和 年 月 日

伊根町長 様

申請者 住所 伊根町字
氏名
新生児との続柄
電話番号

㊞

伊根町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、申請にあたり、対象者等の確認のため住民基本台帳を閲覧すること、申請内容の審査において必要な場合に伊根町が医療機関等に対し受診内容の照会をすることについて同意します。

記

検査を受けた 新生児	住所	伊根町字		
	氏名		男・女	生年月日：令和 年 月 日
検査医療機関名 及び所在地	病院・診療所・助産院			
対象検査	初回検査		確認検査	
検査日	令和 年 月 日		令和 年 月 日	
検査方法	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR） <input type="checkbox"/> 聴性脳幹反応検査（ABR） <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査（OAE）		<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR） <input type="checkbox"/> 聴性脳幹反応検査（ABR） <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査（OAE）	
検査結果	右パス（反応あり）・リファー（要再検査）		右パス（反応あり）・リファー（要再検査）	
	左パス（反応あり）・リファー（要再検査）		左パス（反応あり）・リファー（要再検査）	
助成金額	円			

口座振替	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
依頼欄	フリガナ			
	口座名義人			

（注意） 確認書類を持参の上、申請してください。

<職員記入欄>

確認書類
 聴覚検査結果書類
 母子健康手帳
 領収書
 診療明細書