

大野町新生児聴覚検査助成金申請書

平成 年 月 日

大野町長 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、下記の 2 点について同意します。

申請の適正を判断するために必要な場合は、医療機関に対し検査内容等を照会する場合があります。
「新生児聴覚検査結果票」に記載された個人情報及び結果は、町において保管させていただきます。また、今後の支援のために精密検査結果等について、必要に応じて医療機関に照会させていただく場合があります。

記

お母さんの氏名	Ⓜ						
お母さんの住所	〒 大野町大字		電話 () -				
児の名前							
検査の種類	自動聴性脳幹反応検査（自動 ABR） ・ 耳音響放射検査（OAE）						
申請額	金 _____ 円		検査に直接要した費用。ただし 3,000 円を超える場合は 3,000 円とする。				
振込先 (お母さんの口座)	金融機関名	銀行		本店			
		金庫		支店			
		農協		出張所			
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人				
	口座番号						
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) 新生児聴覚検査結果票
 新生児聴覚検査に係る領収書
- (持参書類) 母子健康手帳