

伊奈町新生児聴覚検査費助成金交付申請書

未記入で
お願いします

(宛先)
伊奈町長

年 月 日

住 所 伊奈町**中央五丁目179番地**
 申請者 **伊奈 花子**
 受診児との続柄 (**母**)
 電 話 **048-720-5000**

新生児聴覚検査を受診しましたので、伊奈町新生児聴覚検査費助成金交付要綱第6条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定にあたり、確認等が必要な場合には、新生児聴覚検査を受診した医療機関又は助産施設に対し、町が問い合わせること同意します。

受診児	氏名	伊奈 ローヌ	生年月日	R3年4月1日
	住所	伊奈町中央五丁目179番地		
受診医療機関又は助産施設	名称	〇〇 病院		
	住所	〇〇 県〇〇市〇〇町〇〇番地		
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
検査日	R3年 4月 2日 (生後 0 か月)			
検査方法	自動 ABR ・ OAE			
検査費用	3,000 円			
交付申請額	〇〇〇〇 円			未記入で お願いします

注1 申請書には次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 新生児聴覚検査の受診日及びその結果が記載されている書類
(母子手帳の写しなど)
- (2) 新生児聴覚検査の受診に際し負担した費用の額を確認することのできる書類
(受診した医療機関の名称及び当該受診の日が明記された領収書など)
- (3) 新生児聴覚検査助成券

注2 この申請書を提出する際には、母子健康手帳を持参してください。