

第1号様式（第6条関係）

伊奈町新生児聴覚検査費助成金交付申請書

(宛先)
伊奈町長

年 月 日

住 所 伊奈町
申請者
受診児との続柄 ()
電 話

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に同意します。

受診児	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	伊奈町		
受診医療機関又は助産施設	名称			
	住所			
	電話番号			
検査日	年 月 日 (生後 か月)			
検査方法	自動 ABR ・ OAE			
検査費用	円			
交付申請額	円			

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。