

年 月 日

滝沢市長 武田 哲 様

申請者 住所
氏名 印
(新生児との関係)
電話番号

滝沢市新生児聴覚検査費助成申請書

滝沢市新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、滝沢市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第8条第2項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。また、助成の適正を判断するために必要な場合は、本申請に係る情報の照会及び提供並びに医療機関に対する検査内容の照会を滝沢市が行うことについて同意します。

交付申請額		円	
新生児	ふりがな	生年月日	
	氏名		
	住所		
申請の理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産 <input type="checkbox"/> その他 ()		
聴覚検査の実施日	年 月 日		
聴覚検査の種類	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査 (A A B R) <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査 (O A E) <input type="checkbox"/> 聴性脳幹反応検査 (A B R)		
検査費	円		
検査医療機関	名称		
	所在地	電話 ()	

備考 添付書類

- 1 聴覚検査の受診日及び方法並びに結果の記録が記載されている箇所の母子健康手帳の写し
- 2 医療機関等の発行した聴覚検査に係る領収書等の写し
- 3 未使用の受診票
- 4 その他市長が必要と認める書類