

新生児聴覚検査支援事業助成金申請書

いわき市長 様

関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検査費用の助成を申請します。

記

記入日 年 月 日

ふりがな*				児との柄			
申請者の氏名	印			続			
ふりがな				児の			
児の氏名	男・女			生年月日	年	月	日
児の住民票	いわき市						
申請者の電話番号							
振込先	ここに記載する口座の名義人は、申請者「ふりがな*」と原則、同一となります。						
	金融機関名	銀行・金庫・農協 本店・支店・出張所					
	預金種別	普通・当座	口座番号				

	1. 初回検査	2. 確認検査 「1. 初回検査」で要再検だった場合に行ったもの	3. 再確認検査 「2. 確認検査」で要再検だった場合、1か月健診頃に行ったもの
検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
検査機器	自動 ABR・OAE	自動 ABR・OAE	自動 ABR・OAE
検査結果	異常なし・要再検	異常なし・要再検	異常なし・要再検
費用	円	円	円

請求金額は、検査機器が ABR の場合は上限 3,840 円、OAE の場合は上限 1,000 円で記載してください。

請求金額	円 ①	円 ②	円 ③
------	-----	-----	-----

請求金額合計 ①+②+③ 円

【添付書類】

- 1 検査費用を確認できる領収書及び診療明細書等の写し等
- 2 親子（母子）健康手帳の写し（P. 1、P. 16～17）
（※新生児聴覚検査結果がわかるようにコピーしてください。）
- 3 受診票綴り「母と子の健康のしおり」（残りの受検票を確認します。）
- 4 口座名義が申請者である通帳の振込先の銀行名、支店名（店番）、口座番号が表示されているページの写し
（※申請者と口座名義人が異なる場合、申請者が記載した委任状の添付が必要となります。）
- 5 印鑑（認印）

【留意点】

検査日現在、児がいわき市に住民票があることを確認します。転出している場合は窓口でお申し出ください。

「3. 再確認検査」で要再検だった場合の、その後の精密聴覚検査結果（支払とは無関係ですが、今後の支援のために記載してください）
異常なし・異常あり・未実施