

いわき市新生児聴覚検査支援事業助成申請書

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の助成を申請します。

記

記入日 年 月 日

ふりがな		児との続柄	
申請者の氏名		児の生年月日	年 月 日
ふりがな		※市記入 児の住民票確認 年 月 日～年 月 日	
児の氏名			
児の住民票住所 (受検日時点)	〒 いわき市		
現住所 (上記と異なる場合記入)	〒		申請者の電話番号
振込先	ふりがな		口座番号
	口座名義		
	銀行 信用組合 農協 金庫		

検査名	初回検査	確認検査	再確認検査	
		初回検査で要再検の場合に行ったもの	確認検査で要再検の場合、1か月健診頃に行ったもの	*再確認検査で要再検だった場合の結果 (支払とは無関係ですが、今後の支援のため記載してください)
検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	異常なし・異常あり 未実施
機器	自動ABR・OAE	自動ABR・OAE	自動ABR・OAE	
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	① 円	② 円	③ 円	

※市記入	上限単価額			
	助成額	円	円	円
	合計助成金額 (①+②+③)	円	助成 承認 不承認	決定年月日 年 月 日

【必要書類等】

- 検査費用を確認できる領収書及び診療明細書の写し等
 - * 受診証明書 (領収書紛失時のみ必要)
- 母子(親子)健康手帳の写し (P.1、P.16～17 検査結果がわかるようにコピーしてください)
- 「母と子の健康のしおり」 (残りの受験票を確認します)
- 申請者の口座名義である通帳の表紙ウラ (銀行名、支店名、店番、口座番号が記載) の写し
 - * 委任状 (申請者と口座名義人が異なる場合のみ必要)

※検査日に、いわき市に住民票のある児が助成対象です。住民票がない場合は助成できません。

※審査後の検査費用と市が定めた金額のいずれか少ない方の額を助成します。