

大洲市新生児聴覚検査費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）大洲市長

申請者（受診券交付者）

〒
住所 _____

氏名 _____

電話 (_____) _____

大洲市新生児聴覚検査事業費助成事業実施要項第5条の規定により、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。なお、本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧について承諾します。

検査対象者氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

検査内容	検査受診日	検査方法	助成申請額	公費負担 限度額	決定額
初 回 検 査	年 月 日	自動聴性脳幹反応 (自動 ABR)	円	円	円
		耳音響放射 (OAE)	円		
確 認 検 査	年 月 日	自動聴性脳幹反応 (自動 ABR)	円	円	円
		耳音響放射 (OAE)	円		
合 計			円	円	円

（注）助成申請額は、実際に検診に要した費用の額とする。ただし、公費負担の限度額を上限とする。

市担当者確認欄

領収書	<input type="checkbox"/>
未使用の受診票	<input type="checkbox"/>
母子健康手帳	<input type="checkbox"/>