

# 熊取町新生児聴覚検査助成申請書

年 月 日

申請先 熊取町長

申請者 住 所 〒

氏 名

(署名または記名押印)

電 話

下記の通り必要書類を添えて申請します。なお、助成金は下記へ振り込み願います。

熊取町がこの申請に必要な情報について調査すること及び医療機関等に新生児聴覚検査について照会することに同意します。

	検査年月日	検査機器	検査結果	検査費用	領収書金額確認 (熊取町使用欄)
① 初回検査	年 月 日	自動ABR ・ OAE	異常なし ・ 要再検査	円	円
② 確認検査	年 月 日	自動ABR ・ OAE	異常なし ・ 要再検査	円	円
フリガナ					
児の氏名	男 ・ 女		生年月日	年 月 日	
*お名前が決まっていない場合は記入不要です					
新生児聴覚検査 受診医療機関等			(名 称)		
			(所 在 地) (電話番号 - - ) 〒		
振込先	銀行		支店	口座 名義 (申請者名義)	フリガナ
	信 金		支 所		
	普 通 当 座	口座 番号			

受付者( )

※以下は記入しないでください。(熊取町使用欄)

住民票の有無	検査回数	申請額	助成決定額(上限:自動ABR5,000円・OAE1,500円)
有 ・ 無	1 ・ 2 回	円	円