

様式第2号（第7条関係）

年 月 日

（あて先）那珂川市長

申請者 住所

印

（保護者）氏名

新生児聴覚検査助成金交付申請書兼請求書

那珂川市新生児聴覚検査助成金の交付を受けたいので、那珂川市新生児聴覚検査実施要綱第7条第1項の規定により下記のとおり申請します。

記

1 受診者情報

ふりがな 受検者氏名		生年月日	年 月 日	
住所	那珂川市			
	検査日	検査方法	検査結果	検査費用
初回検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> OAE	右耳 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 再検査 左耳 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 再検査	円
確認検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> OAE	右耳 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査 左耳 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 再精密検査	円
医療機関名		申請金額		円
		助成決定額（那珂川市記入欄）		円

2 助成金振込先（申請者と同名義）

銀行 農協 信用金庫	本店 支店 所
普通 ・ 当座	口座番号
口座名義人	(フリガナ)

3 添付書類

- (1) 医療機関が発行する自己負担額に係る領収書(自己負担検査料に係る診療明細書を含む。)
- (2) 母子健康手帳の新生児聴覚検査結果記録欄の写し
- (3) 新生児聴覚検査受診券の原本