

※ 部分をご記入下さい

矢巾町新生児聴覚検査費助成申請書

年 月 日

矢巾町長 様

申請者は新生児の保護者です。

請求者と同じ印鑑を使用してください。

携帯電話をお持ちの方は、自宅と携帯電話どちらも記載してください。

申請者 住所 氏名 (新生児との関係) 電話番号

矢巾町新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。 交付申請額は記入しないでください。 するために必要な場合は、本申請に係る情報の照会及び提供並びに照会を矢巾町が行うことについて同意します。

交付申請額		円	
新生児	ふりがな		生年月日
	氏名		
	住所		
申請の理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産 <input type="checkbox"/> その他 ()		
検査日	年 月 日		以下、検査詳細は記入しないでください。
検査の種類	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査 (AABR) <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査 (OAE) <input type="checkbox"/> 聴性脳幹反応検査 (ABR)		
検査費用	円		
検査医療機関	名称		
	所在地	電話 ()	

備考 添付書類

- 1 聴覚検査受診日及び検査方法並びに結果の記録が記載されている箇所の母子健康手帳の写し
- 2 医療機関等の発行した聴覚検査に係る領収書等の写し
- 3 未使用の受診票
- 4 その他町長が必要と認める書類