

北本市新生児聴覚検査助成金交付申請書

年 月 日

北本市長 宛

住所
申請者 氏名
電話

北本市新生児聴覚検査助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請をします。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、市が受診した医療機関又は助産所に問い合わせることに同意します。

1 対象児

- (1) 住所
- (2) 氏名 (ふりがな)
- (3) 生年月日 年 月 日

2 検査方法

検査機関名		検査年月日	
検査方法 (いずれかに○)	1 自動聴性脳幹反応検査 (A A B R)		
	2 耳音響放射検査 (O A E)		
支 払 額	円		

3 振込先

銀行・信用金庫・農協	支店・出張所・支所
普通 当座	口座番号
口座名義 (カナ)	()

4 添付書類

- (1) 医療機関で受診した結果等必要事項が記載された母子健康手帳等の写し
- (2) 聴覚検査に係る領収書
- (3) 聴覚検査助成券