

様式第1号（第5条関係）

横瀬町新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

年 月 日

横瀬町長 様

申請者 住 所  
氏 名 ⑩  
電話番号

横瀬町新生児聴覚検査費用助成金の交付を受けたいので、横瀬町新生児聴覚検査費用助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、申請内容を確認するため、町が保有個人情報を利用し、又は聴覚検査を受けた医療機関に問い合わせることに同意します。

記

新生児等	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
検 査 日	年 月 日			
検 査 方 法	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査（A A B R） <input type="checkbox"/> 聴性脳幹反応検査（A B R） <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査（O A E） ※該当する検査に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください			
検 査 結 果	<input type="checkbox"/> パス（反応あり） <input type="checkbox"/> リファー（要再検） ※該当する検査に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください			
初回検査費用の額	円 ※ 検査に要した費用の額			
交付を受けようとする助成金の申請額	円 ※ 上限5,000円			

注) 申請書には次の書類を添付してください。

- (1) 聴覚検査を受けた医療機関等が発行した聴覚検査の費用を支払ったことを証する書類
- (2) 聴覚検査を受けた日及びその結果が記載されている母子健康手帳の写し又は聴覚検査の結果を確認することができる書類