

年 月 日

下妻市長 様

請求者（保護者） 住 所
氏 名 ⑩
電話番号

新生児聴覚検査費助成金支給申請書兼請求書

新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、下妻市新生児聴覚検査実施要綱第9条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

1 被検査者

ふりがな		性 別	男 ・ 女
氏 名			
住 所		電話番号	
生年月日	年 月 日生		
検査方法	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応（自動ABR）検査 <input type="checkbox"/> 耳音響放射（OAE）検査		
申請額内訳	被検査者支払額 円	被検査者申請額 円	

※申請額の上限は、自動ABR検査については3,000円、OAE検査については2,000円とする。

2 振込先金融機関名

金融機関名	店名	種目	口座番号	(フリガナ) 口座名義人
銀行 金庫 組合	店 支店 出張店	普通 ・ 当座		

- 添付書類 (1) 検査結果が記載された受診票（医療機関から返戻されたもの）
(2) 検査に要した費用が確認できる領収書
(3) 検査に係る診療明細書