

美馬市新生児聴覚検査費助成金支給申請書

年 月 日

美馬市長 様

<申請者(保護者)>

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

連絡先 (_____) _____

新生児聴覚検査費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ				
氏 名 (聴覚検査を受けた者)				
生 年 月 日		年 月 日		
申 請 額		金 円		
振 込 先	金融機関名	銀行 農業協同組合		支店 支所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			
申請受理年月日		年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
申請者番号				

(注) 太枠の中をご記入ください。

添付書類

- 1 新生児聴覚検査を受けた医療機関発行の領収書の写し
- 2 母子健康手帳(聴覚検査の結果が確認できるもの)の写し
- 3 未使用の新生児聴覚検査受診票(初回検査医療機関委託)

助成額

- 1 新生児聴覚検査に要した費用の助成額の上限は、美馬市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第4条に定める額とする。なお、検査費用が助成額の上限に満たない場合は、検査に要した額とする。
- 2 新生児聴覚検査の再検査及び精密検査に係る費用は、助成対象外とする。