

燕市新生児聴覚検査費助成申請書

燕市が医療機関に委託して行う新生児聴覚検査実施要綱により助成を受けたいので、関係書類を添えて申請をします。

令和 年 月 日

燕市長様

*太枠内をご記入ください

申請者	(フリガナ) 氏名	()	母子健康 手帳番号	
	住所	〒 - 電話番号 ()		
	被検査者 氏名			
	被検査者 生年月日	令和 年 月 日		
検査医療機関および検査状況	所在地			
	名称			
	検査日	令和 年 月 日		
	検査費用 (助成申請額)	耳音響放射検査 (OAE)		円
		聴性脳幹反応検査または 自動聴性脳幹検査 (ABR・AABR)		円
【同意書】 新生児聴覚検査費の払戻しを受けるにあたり、必要があるときは市が住民基本台帳閲覧および受診医療機関等への内容確認等、関係部署等に確認することに同意します。 申請者氏名 _____ (印) (自署の場合は押印不要)				

添付書類

- ・医療機関等が発行する聴覚検査に要した費用の領収書及び診療明細書
- ・母子健康手帳など聴覚検査の結果が確認できるものの写し
- ・未使用の聴覚検査受診票
- ・その他市長が認める書類