

年 月 日

新生児聴覚検査費用助成申請書

東根市長 あて

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

次のとおり東根市新生児聴覚検査費用の助成を申請します。

|               |  |      |       |
|---------------|--|------|-------|
| 産 婦 氏 名       |  | 生年月日 | 年 月 日 |
| ふりがな<br>新生児氏名 |  | 生年月日 | 年 月 日 |

|                |   |  |
|----------------|---|--|
| 実 施 医 療<br>機 関 | 医療機関名：<br>住所：   | 電話番号：  |
| 検 査 日          | 初回検査（ 年 月 日）  | 確認検査（ 年 月 日）<br>※初回検査で要再検だった場合のみ   |
| 検 査 方 法        | <input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査（A A B R）<br><input type="checkbox"/> 耳音響放射検査（O A E） | <input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査（A A B R）<br><input type="checkbox"/> 耳音響放射検査（O A E）              |
| 検 査 結 果        | <input type="checkbox"/> 異常なし（パス）<br><input type="checkbox"/> 要再検（リファー）                 | <input type="checkbox"/> 異常なし（パス）<br><input type="checkbox"/> 要精密検査<br>※要精密検査となった場合の紹介先<br>（医療機関名： ） |
| 検 査 費 用        | ① 円   | ② 円  |
| 支 給 額 合 計      | ①②の合計額 円  |  |

<振込先>

|           |  |     |  |         |  |
|-----------|--|-----|--|---------|--|
| 金 融 機 関 名 |  | 支 店 |  | 口 座 種 別 |  |
| フリガナ      |  |     |  | 口 座 番 号 |  |
| 口 座 名 義 人 |  |     |  |         |  |

<添付書類>①医療機関が発行した領収書・診療明細書の写し②母子健康手帳の写し（検査結果がわかる書類の写し）③振込先通帳の写し④未使用の東根市新生児聴覚検査受検票