様式第１号（第６条関係）

白岡市新生児聴覚検査費助成金交付申請書

　　　　　　　年　　月　　日

　（宛先）白岡市長

　　　　　住所

　氏名

電話番号

　受診児との続柄

　白岡市新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、白岡市補助金等の交付手続等に関する規則第６条の規定により、次のとおり申請します。

　なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、新生児聴覚検査を受診した医療機関又は助産施設に対し、市が問い合わせることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診児 | | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 住所 |  | | | | |
| 受診医療機関又は  助産施設 | | 名称 |  | | | | |
| 住所 |  | | | | |
| 電話番号 |  | | | | |
| 検査日 | 年　　月　　日（生後　　か月） | | | 申請額 | | 円 | |
| 検査方法 | | | | 支払額 | | | 基準額 |
| * 自動聴性脳幹反応検査（自動ＡＢＲ） | | | |  | | | 5,000円 |
| * 耳音響放射検査（ＯＡＥ） | | | |  | | | 3,000円 |

【添付書類】

□　新生児聴覚検査の受診日及びその結果が記載されている母子健康手帳（写し）又は新生児聴覚検

査の結果を確認することができる書類

□　新生児聴覚検査を受診した医療機関又は助産施設が発行した領収書その他の新生児聴覚検査の受

診に際し、要した費用の額を確認することができる書類