

足利市新生児聴覚検査費用助成申請書

年 月 日

足利市長 あて

下記のとおり新生児聴覚検査を実施しましたので、領収書の写し及び新生児聴覚検査受診票を添えて、足利市新生児聴覚検査費用の助成を申請します。なお、本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧と、必要時市が受診医療機関等に受診状況等の確認を行うことについて承諾します。

申請者（保護者）

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
住所		電話番号	

検査を受けた児

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
------------	--	------	-------

1 受診医療機関等

名称		電話番号	
所在地			

2 申請額等

	検査日	検査種類	助成申請額
初回検査	年 月 日	自動ABR・OAE・その他	円
確認検査 (実施した場合のみ)	年 月 日	自動ABR・OAE・その他	

※上限額：初回検査・確認検査（実施した場合）を合算して5,000円

3 振込先

銀行 金庫 組合	本店	店番号	口座番号	種別	口座名義人（カタカナ）
	支店			1 普通	
	支所			2 当座	

※申請者と口座名義人は同一としてください。

※新生児聴覚検査を受診した日の属する月の翌月の初日から起算して1年以内に申請してください（期限を経過した場合は受付できません）。