

岩見沢市新生児聴覚検査費助成申請書

岩見沢市長 様

申請者 住所 〒
岩見沢市
氏名
電話
検査を受けた者との関係

新生児聴覚検査費用の助成について、下記のとおり申請します。

検査を受けた者	氏名		生年月日	年 月 日				
	住所							
医療機関								
医療機関所在地								
検査内容		・自動ABR ・OAE						
初回検査日 検査結果	初回検査日		検査結果					
	年 月 日(生後 日)		パス(異常なし) ・ リファ－(要再検)					
確認検査日 検査結果	確認(再検査)検査日		検査結果					
	年 月 日(生後 日)		パス(異常なし) ・ リファ－(要再検)					
振込先	銀行	本店	種目	1.普通 2.当座 3.その他				
	信用金庫	支店	口座番号					
	農協	出張所					(左詰記入)	
	(ふりがな)							
	口座名義人							
申請額 金 _____ 円								

* 申請額の上限は3,300円(子ども1人につき1回)となります。
* 申請期日は、検査を受けた日から90日以内です。
【健康づくり推進課記入欄】
添付書類
☐未使用の岩見沢市新生児聴覚検査受診票
☐医療機関が発行した領収書の原本
☐母子健康手帳の「新生児聴覚検査の記録」欄の写しまたは検査結果のわかるものの写し
☐振り込みを希望する口座の通帳