様式第１号（第６条関係）

新生児聴覚検査料金助成申請書

年　　月　　日

　宇城市長　様

申請者　　住所

　　　　　　　　　　　 保護者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　 母子手帳№

下記のとおり新生児聴覚検査を受けましたので、令和６年度宇城市新生児聴覚検査助成事業要綱第６条の規定により検査料金の助成を申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |
| --- |
| ※新生児聴覚検査証明書 |
| 検査内容 | □初回検査□確認検査 |
| 検査方法 | □自動聴性脳幹反応検査(AABR)□耳音響放射検査(OAE) |
| 被検査者氏名 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 検査日 | 年　　月　　日 | 検査料金 | 円 |
| 　上記のとおり新生児聴覚検査を実施したことを証明します。　　　　　　年　　月　　日医療機関　所在地名　称　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

|  |
| --- |
| 助　成　金　算　定 |
| A 検査料金※検査料金×１/２ | 　　　　　　　　　円 | 助成金額ABいずれか低い金額 | 　　　　　　　　　円 |
| B　助成上限額 | 　　　　　　　　　４，２００円 |

※初回検査と確認検査を実施した場合は、それぞれ証明してください。

（注）この助成申請書は、検査した日の翌日から６か月以内に提出してください。

様式第２号（第６条関係）

|  |
| --- |
| **新生児聴覚検査料金助成請求書** |
| 　 | 金額 | 　 | 　 | 百 | 　 | 　 | 千 | 　 | 　 | 円 | 　 |
| 新生児聴覚検査料金助成（初回検査・確認検査）として、上記の金額を請求します。上記請求に係る支払については、下記の口座に振り込んでください。　　　　　　　　年　　月　　日住　　　所氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　宇城市長　様 |

※振込を希望される口座の通帳の見開き１ページ目

の写しを添付してください。

|  |
| --- |
| **口座振込依頼書** |
| 振　込 |  | 銀行・農協信組・金庫その他（　　　） |  | 支店本店支所本所 | フリガナ |  |
| 普・当 | 番号 |  |  |  |  |  |  |  | 口座名義 |  |
| ゆうちょ銀行 | 記号番号 |  |  |  |  |  | － |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**訂正された箇所には必ず訂正印を押印してください（修正液は使えません）。**

**【提出される際持参するもの】**

**１　この請求書**

**２　新生児聴覚検査受診票**

**３　母子健康手帳**

**４　印かん（認め印）**

**５　通帳（見開き１ページ目のコピーでも可）**