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）**