

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No.

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	<input type="checkbox"/> 初回検査 <input type="checkbox"/> 確認検査		
検査方法	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査(AABR) <input type="checkbox"/> 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 (印)			

※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。

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

(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

印

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	口座 名 義	
	普・当	番号				
	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）

