

香南市長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

新生児聴覚検査費用助成金申請書兼請求書

次のとおり新生児聴覚検査費用の助成を申請します。

なお、助成金の交付の決定に必要な場合は、医療機関に対して検査内容の照会をすることに同意します。

検査受診者	住 所										
	氏 名										
	生年月日	年	月	日							
	申請者との続柄										
保護者	氏 名										
	生年月日	年	月	日							
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協					本店・支店・出張所				
	預金種別	普通・当座	口座番号								
	口座名義人 ※カタカナでご記入ください										

聴覚検査	検査年月日	自己負担額	助成の上限額	※1申請額
初回（1回目）	年 月 日	円	円	円
再検査（2回目）	年 月 日	円	円	円
助成金申請合計額				円

※ 申請額は、各回において「自己負担額」と「助成の上限額」のうち、いずれか少ない方の額になります。

●添付書類

- ①市が交付した新生児聴覚検査受診票に検査結果が記載されているもの又は検査結果の記載のある母子健康手帳
- ②聴覚検査実施機関の発行する聴覚検査に要した費用が明記されている領収書