

大牟田市新生児聴覚検査費助成金交付申請書

年 月 日

大牟田市長 様

※1 申請者 住 所
 氏 名
 電話番号

下記のとおり、関係資料を添えて、新生児聴覚検査費の助成を申請します。

記

新生児聴覚 検査受診者	氏名	ふりがな ()	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 大牟田市		
母子健康手帳番号				
検査費用額 ①		円		
検査方法		自動 A B R ・ O A E		
検査費用助成上限額 ②		5,000円(自動 ABR) ・ 3,000円(OAE)		
助成申請額 (①と②を比較し、少額の方の金額を記入。)		円		

(市記載欄)

【添付書類】 <input type="checkbox"/> 検査を行った医療機関が発行した領収証書 <input type="checkbox"/> 検査を行った医療機関が発行した初回検査日及び検査方法並びに検査結果の記載がある書類 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査費補助券 (交付を受けていない場合は不要)	受理年月日	年 月 日
	決定年月日	年 月 日 (交付・不交付)

※1 助成金の振込み口座の名義人の方が、自署してください。