

与謝野町新生児聴覚検査費助成金交付申請兼請求書

与謝野町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請し、及び請求します。

なお、対象者等の確認のため住民基本台帳を閲覧すること、請求内容審査において必要な場合に与謝野町が医療機関等に対し受診内容の照会をすることについて同意します。

年 月 日

与謝野町長 様

申請者 住所 与謝野町字 _____
 氏名 _____ 印
 新生児との続柄 _____
 電話番号 _____

検査を受けた 新生児	住 所	与謝野町字 _____		
	氏 名	_____	男・女	生年月日 年 月 日
検査医療機関名 所在地	_____ 病院・診療所・助産院			
検 査 日	初回検査 年 月 日		確認検査 年 月 日	
検 査 方 法	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR）	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR）		
	<input type="checkbox"/> 聴性脳幹反応検査（ABR）	<input type="checkbox"/> 聴性脳幹反応検査（ABR）		
	<input type="checkbox"/> 耳音響放射検査（OAE）	<input type="checkbox"/> 耳音響放射検査（OAE）		
検 査 結 果	右 パス（反応あり）・リファー（要再検査）	右 パス（反応あり）・リファー（要再検査）		
	左 パス（反応あり）・リファー（要再検査）	左 パス（反応あり）・リファー（要再検査）		
助 成 金 額	_____ 円			

助成金の 振込先	金融機関名	京都銀行・京都北都信用金庫・京都農協・ゆうちょ銀行 その他（ _____ ）
		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> （ _____ ）支店
（保護者名義の口座として下さい）	預金種類	普通 ・ 当座
	口座番号	_____
	（フリガナ）	_____
	口座名義	_____

（注意） 確認書類を持参の上、出生日から満1歳に達する日までに申請してください。

<職員記入欄>

確 認 書 類	<input type="checkbox"/> 領収書
	<input type="checkbox"/> 検査結果書類 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳

※ 確認書類の写しを取ること。