

様式第1号（第6条関係）

日高市新生児聴覚検査費助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）日高市長

申請者 住 所
氏 名
新生児との続柄
電話番号

印

日高市新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、日高市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第6条の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、申請内容を確認するため、市が保有する個人情報を利用し、又は医療機関に問い合わせることに同意します。

1 新生児

住 所	日高市		
フリガナ		性別	男 女
氏 名			
生 年 月 日	年	月	日

2 検査方法等

検査医療機関名		検査 年月日	年 月 日
検査方法 (いずれかに○)	A 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR） B 耳音響放射検査（OAE）		
検査費用（医療機関で支払った金額）			円

3 申請額 金 _____ 円

※ 検査費が助成金額より少ない場合は、検査費を記入する。

4 添付書類

- (1) 対象検査に係る費用の支払いを証する書類（領収書）
- (2) 母子健康手帳の写し

市使用欄 【下記には記入しないでください。】

領収書（原本）	母子健康手帳 （写）	受付	

