

様式第1号（第5条関係）

坂戸市新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付申請書

年 月 日

坂戸市長 あて

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

助成金の交付を受けたいので、坂戸市新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、私は、助成金の交付決定に当たり確認等が必要な場合には、市が、受検した医療機関等に問い合わせることに同意します。

記

対象児の氏名		対象児の 生年月日	年 月 日
受検した 医療機関等	名 称		
	住 所		
	電話番号		

検査方法	支払額	基準額	備考
自動聴性脳幹反応（自動ABR）	円	3,000円	
耳音響放射（OAE）	円	1,500円	

注1 申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 医療機関等で受検した結果等必要事項が記載された受検票等
- (2) 受検した医療機関等が発行した領収書の写しその他の新生児聴覚スクリーニング検査の受検に要した費用の額を確認することができる書類

注2 この申請書の提出は、新生児聴覚スクリーニング検査を受検した日から起算して1年以内に行ってください。