

様式第1号（第7条関係）

本庄市新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付申請書

（あて先）本庄市長

年 月 日

申請者 住 所 本庄市
（保護者） 氏 名
電話番号

本庄市新生児聴覚スクリーニング検査助成金の交付について、下記のとおり申請します。
なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合は受診した医療機
関等又は住民基本台帳に市が照会することに同意します。

受検児	氏 名		生年 月日	年 月 日
	住 所			
検査日	年 月 日			
検査方法	※該当する検査に☑をつけてください <input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査（自動 ABR） <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査（OAE）			
初回検査 支払額	円			
申請額	円			

（注意事項）

- 申請には次の書類を持参してください。
 - 新生児聴覚スクリーニング検査の受検日及びその結果が記載されている母子健康手帳又は検査の結果を確認することができる書類
 - 本庄市から交付された新生児聴覚スクリーニング検査助成券
 - 検査を実施した医療機関等が発行した領収証の写しその他支払額が分かるもの
- 申請ができるのは、検査の日から起算して1年以内です。