

年 月 日

(宛先)桜井市長

申請者(保護者) 住所 \_\_\_\_\_  
 ふりがな \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 (日中連絡がつく番号をご記入ください。)

### 桜井市新生児聴覚検査助成申請書兼請求書

新生児聴覚検査費用について、助成を受けたいので桜井市新生児聴覚検査助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、助成の交付を申請します。

請求額 金 \_\_\_\_\_ 円也  
 (新生児聴覚検査費用への助成として)(※1)

次の項目に該当又は同意する場合は、してください。

- 聴覚検査を受診する新生児は、新生児聴覚検査受診日において生後1ヶ月(特別の事情がある場合は生後6ヶ月)以内で、本市に住所を有しています。
- 申請及び請求内容について、医療機関等に確認すること、また不明な点等がある場合は、本市から上記電話番号に連絡することに同意します。

新生児氏名	
生年月日	年 月 日
検査実施日	年 月 日
検査方法	・自動ABR ・OAE検査
検査結果	【右耳】 パス ・ リファー 【左耳】 パス ・ リファー
検査実施医療機関名 (所在地)	
聴覚検査に要した費用	円

(※1)検査に要した費用又は助成金額(※2)のうち、いずれか少ない額を請求額の欄に記入してください。  
 (※2)助成金額：自動ABR(上限4,000円)、OAE検査(上限1,500円)

(振込先)(※3)

支払機関名		預金種別	口座番号				
銀行 農協 信金	支店	普通 ・ 当座					
金融機関コード	店番	フリガナ(必ず記入)					
		口座名義人					

(※3)振込先の口座は、申請者本人のものを記載して下さい。

(添付書類)

- 1 聴覚検査受診日等がわかる書類又は当該内容が確認できる母子健康手帳の写し
- 2 聴覚検査に要した費用がわかる書類又は領収書の写し
- 3 助成金の振り込みを希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し