

別記様式（第7条関係）

新生児聴覚検査費用助成申請（請求）書

年 月 日

浪江町長

住 所 \_\_\_\_\_

申請者

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

新生児聴覚検査費用について、下記のとおり請求します。

記

ふりがな			対象児	年 月 日
対象児氏名			生年月日	
対象児の検査 日現在の住所	浪江町 (電話番号 _____)			
検査内容	初回検査	確認検査 (初回検査で「要再検」 の場合)	再確認検査 (確認検査で「要再 検」の場合)	
検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
検査結果	異常なし・要再検	異常なし・要再検	異常なし・要再検	
検査機器	自動ABR・OAE	自動ABR・OAE	自動ABR・OAE	
検査費用	円	円	円	
振込口座	_____ 銀行・信金・農協 _____ 本店・支店（普通・当座） _____ 口座番号 (ふりがな) 名 義 人			

添付書類

- 1 検査日、検査機器及び検査費用を確認できる書類の写し
- 2 検査費用の領収書（原本）
- 3 母子健康手帳の写し

【浪江町記入欄】

助成対象額	助成上限額	助成決定額
円	円	円