様式第5号

**新生児聴覚検査助成申請書**

　年 　月 　日

富　岡　町　長　様

＊太枠の中はご本人が記入し申請して下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （ 保 護 者 ） | 住　所 | 富岡町 | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 児の氏名 |  | | | 生年月日  平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | |
| 金融機関名称 | 銀　　行　　　　　　　　本店  信用金庫　　　　　　　　支店  農　　協　　　　　　　　支所 | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 預金種別 | 普　通 ・ 当　座 | | 口座番号 | |  |  |  |  |  |  |  |
| 新生児聴覚検査費用助成申請額 | | | 円 | | | | | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ただし助成額には上限があります。）

◎申請の際は、領収書、母子手帳の検査の記録ページの写しを必ず添付してください。

＃ここから下は町で使用しますので記入しないで下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 初回検査 | 確認検査 | 再確認検査 |
| 検査日 | 平成　　年　　月　　日 | 平成　　年　　月　　日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 検査結果 | パス・要再検 | パス・要再検 | パス・要再検 |
| 検査機器 | 自動ABR　・　OEA | 自動ABR　・　OEA | 自動ABR　・　OEA |
| 検査費用 | 円 | 円 | 円 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決 裁 | 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 係　　員 | 決　定　額 |
|  |  |  |  | 円 |