

様式第1号（第5条関係）

春日部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

春日部市長 あて

住 所
申請者 氏 名
電話番号

春日部市新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、申請内容を確認するため、市が保有する公簿等を閲覧すること及び受検した医療機関等に問い合わせることに同意します。

新生児	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
受 検 日		年 月 日		
医療機関名				
検査方法		※該当する検査に ✓ を付けてください。 <input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR検査） <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査（OAE検査）		
初回検査費 自己負担分支払額		円		
申 請 額		円		

注）申請書には次の書類を添付してください。

- （1）未使用の助成券（委託機関以外で受検した場合に限る。）
- （2）聴覚検査の受検に際し負担した費用の額を確認することのできる書類
（受検者の氏名、医療機関等の名称及び受検日が明記された領収書の写し、レシート等）
- （3）聴覚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の写し又は検査の結果を確認することができる書類