別記様式（第５関係）

西和賀町新生児聴覚検査費用助成申請書兼請求書

年　　月 　日

西和賀町長　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（保護者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　西和賀町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　　）

次のとおり新生児聴覚検査費用の助成を申請します。

　なお、助成金の交付決定に必要な場合は、検査医療機関に対して検査内容の照会をすることに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査受診者 | 氏 名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生（　　　か月） |
| 性　　別 | 男　 ・　 女 | 申請者との続柄 |  |
| 検査年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 検査医療機関名 |  |
| 検査方法 | * 自動聴性脳幹反応検査（ＡＡＢＲ）
* 聴性脳幹反応検査（ＡＢＲ）
* 耳音響放射検査（ＯＡＥ）
 |
| 検査費用 | 円 | 助成額**※記載不要** | 円 |

助成金の振込みを希望する金融機関

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀　 行　　　信用金庫農　 協 | 支店名 | 　　本店 　支店 |
| 口座の種類 | １ 普通　　２ 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人(申請者) | フリガナ　　 |
|  |

(注)

１　保険診療の対象となる聴覚検査を受けた場合は、助成金の交付はありません。

２　申請書を提出する際は、母子健康手帳、印鑑を持参してください。また、聴覚検査に係る領収書を添付してください。