

様式第4号（第8条関係）

大槌町新生児聴覚検査費用助成金請求書

年 月 日

大槌町長 あて

請求者（申請者と同一とする）

郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

印

下記のとおり、関係書類を添えて新生児聴覚検査費用助成金の交付を請求します。

記

（太枠内を本人が記入すること。）

交 付 申 請 額	円		
受 診 者	(フリガナ) 新生児氏名		
	生 年 月 日	年 月 日生	
	続 柄		
受 診 し た 医 療 機 関	名 称		
	所 在 地		
	電 話 番 号		
	検査年月日	検査方法	自己負担額
初回検査(1回目)	年 月 日	AABR・ABR・OAE	円
確認検査(2回目)	年 月 日	AABR・ABR・OAE	円
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・漁協	本店・支店
	口座番号		
	口座名義人(フリガナ)		

(検査の種類)

- ・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)

※請求時に持参するもの

- (1) 委託外医療機関が発行した聴覚検査に係る領収書
- (2) 受検票兼助成券
- (3) 母子健康手帳
- (4) 聴覚検査の種類と結果が確認できるもの
- (5) その他町長が必要と認めるもの