様式第１号（第５条関係）

新生児聴覚検査助成金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

加須市長　様

住　　所

氏　　名

電話番号

加須市新生児聴覚検査助成金交付要綱第５条第１項の規定により、次のとおり申請します。なお、私は、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、受診した医療機関に市が問い合わせることに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 聴覚検査を受けた新生児の氏名 |  | | 生年月日 | 年　 　月　 　日 |
| 母子健康手帳NO． |  | | 母子健康手帳交付日 | 年　 　月　 　日 |
| 実施医療機関等 | 名称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 検査内容 | 支払額 | 基準額 |
| 新生児聴覚検査 | 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR）  又は聴性脳幹反応検査（ABR） |  | 5,000円 |
| 耳音響放射検査（OAE） |  | 3,000円 |