

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

様式第4号（第7条関係）

新生児聴覚検査助成金交付請求書

年 月 日

加須市長 様

住 所

氏 名

印

電話番号

加須市新生児聴覚検査助成金交付要綱第7条第1項の規定により、次のとおり請求します。

請求金額 金 円

金融機関の名称	銀行 信用金庫 農協	本店 支店
預金の種類	1 普通      2 当座	口座番号      No.
フリガナ		
口座名義人		