

様式第1号（第5条関係）

# 記入例

申請される日付を  
ご記入ください

## 新生児聴覚検査助成金交付申請書

○年 ○月 ○日

加須市長 様

様式第1号、様式第4号の申請者、請求者、  
口座名義人は同じ方をご記入ください。  
訂正する場合は、訂正箇所に本人の印を必ず  
押してください。

住 所  
氏 名  
電話番号

加須市三俣○丁目○番地○  
加須 花子  
0480-00-0000 (携帯可)

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	加須 太郎		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	○○産婦人科病院		
	所在地	○○県○○市○○丁目○○番地○		
	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

注）申請書には次の書類を添付してください。

- ①検査を実施した医療機関又は助産施設が発行した聴覚検査の費用を全額支払ったことを証する書類
- ②新生児聴覚検査の受診日及びその結果が記載されている母子健康手帳

# 記入例

## 新生児聴覚検査助成金交付請求書

加須市長 様

※記載不要です

年 月 日

※押印も忘れずにお願いします

住 所 加須市三俣〇丁目〇番地〇

氏 名 加須 花子 (印)

電話番号 0480-〇〇-〇〇〇〇

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 〇〇 信用金庫 農協	本店 〇〇 支店
預金の種類	1 普通 2 当座	口座番号 No. 〇〇〇〇〇〇〇〇
フリガナ	カノ ハナコ	
口座名義人	加須 花子	