

（あて先）かすみがうら市長

請求者（保護者） 住所  
氏名  
TEL

かすみがうら市新生児聴覚検査費助成金支給申請書兼請求書

かすみがうら市新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、かすみがうら市新生児聴覚検査実施要項第9条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

1. 被検査者

ふりがな		性 別	男 ・ 女
氏 名			
住 所		電話番号	
生年月日	年 月 日生		
検査方法	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応（自動 ABR）検査 <input type="checkbox"/> 耳音響放射（OAE）検査		
申請額内訳	被検査者支払額 円	被検査者申請額 円	

※申請額の上限は、自動 ABR 検査については 5,000 円、OAE 検査については 3,000 円とする。

2. 振込先金融機関名

金融機関名 （ゆうちょ銀行を除く）	店名	種目	口座番号	（フリガナ） 口座名義人
銀行	店	普通		
金庫	支店	・		
組合	出張所	当座		

- 添付書類 (1) 検査結果が記載され、医療機関から返戻された受診票  
(2) 検査に要した費用が確認できる領収書  
(3) 検査に係る診療明細書