

第2号様式（第10条関係）

綾瀬市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）綾瀬市長

住 所 綾瀬市

申請者 氏 名

電話番号 ()

綾瀬市新生児聴覚検査助成事業実施要綱第10条に基づき、証明書類を添えて次のとおり申請します。なお、助成金支払事務に当たり、市が住民基本台帳を確認すること及び領収書の内容について医療機関に確認することに同意します。

母の氏名等	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	綾瀬市		
補助券番号		出産日	年 月 日	
子の氏名等	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
申請理由	1 委託外の医療機関等で新生児聴覚検査を受検したため。 理由：□里帰り : □その他 () 2 新生児聴覚検査費用が補助券記載金額未満であったため。 3 その他 ()			
医療機関名	所在地 電話番号 ()			
受検日	聴覚検査の種類		受検費用	
年 月 日	□ 自動ABR □ OAE		円	
助成申請額	円			

- 添付書類 新生児聴覚検査に係る費用の領収書
 未使用の補助券
 聴覚検査の結果が確認できる書類（母子健康手帳等）