

様式第2号（第8条、第10条関係）

筑紫野市新生児聴覚検査料助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 筑紫野市長

住所 _____

申請者（保護者氏名） _____

電話番号 _____

新生児聴覚検査料の助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり筑紫野市新生児聴覚検査実施規則第8条の規定により申請します。

記

ふりがな

受診者氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

	検査日	検査方法	検査結果	検査費用
初回検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> AABR	右耳 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 再検査	円
		<input type="checkbox"/> OAE	左耳 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 再検査	
確認検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> AABR	右耳 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 再検査	円
		<input type="checkbox"/> OAE	左耳 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 再検査	
医療機関名			申請金額	円

※関係書類

- ・ 指定外医療機関等が発行する新生児聴覚検査に係る領収書
- ・ 筑紫野市新生児聴覚検査助成券