

様式第2号（第8条関係）

田原本町新生児聴覚検査費助成申請書兼請求書

年 月 日

田原本町長 殿

〒

申請者（保護者）住 所：

氏 名： 印

新生児との続柄：

電話番号：

田原本町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第8条第2項の規定により、新生児の聴覚検査費用の助成を受けるため、関係書類を添えて申請します。なお、助成金については、次の口座に振り込んでください。

また、聴覚検査費用の助成を決定するに当たり必要があるときは、住民基本台帳の閲覧、聴覚検査を実施した機関への支払内容の確認等を行うことに同意します。

フリガナ 新生児氏名		生年月日	年 月 日	
検査実施日	年 月 日			
検査を受けた時点での申請者の住所 ※申請時と異なる場合のみ記入	〒			
申請（請求）金額	円			
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別 普通・当座 ・その他
	口座番号		フリガナ 口座名義人 (申請者と同一)	

町記入欄

受付印	添付書類	検査方法（自動 ABR・OAE）	検査費用 （領収金額）	助成金額
	<input type="checkbox"/> 領収書の写し <input type="checkbox"/> 検査の種類及び結果が分かる書類の写し <input type="checkbox"/> 未使用の受診券 <input type="checkbox"/> 振込先口座確認書類の写し <input type="checkbox"/> その他（ ）		円	円

裏面もお読みください。

(裏面)

(申請方法)

新生児の聴覚検査を受けた後に、申請書兼請求書に必要書類を添えて、に提出
してください。

なお、申請期限は当該新生児が出生した月の翌月の初日から起算して1年以内（休日の場合は、その前開庁日）となっておりますのでご注意ください。

(申請時に必要な添付書類)

①新生児が聴覚検査を受けた医療機関で発行された聴覚検査費用に係る領収書の写し

*医療機関・助産所で「明細書」が発行されている場合は、領収書と併せて提出をお願いします。

*紛失等により領収書がない場合は、「田原本町新生児聴覚検査実施証明書（様式第3号）」が必要になります。

*領収書で新生児の聴覚検査費用が確認できない場合は、別途「田原本町新生児聴覚検査実施証明書（様式第3号）」が必要になる場合があります。

②聴覚検査の種類及び結果が記載された母子健康手帳等の写し

*母子健康手帳の「子の保護者」及び「検査の記録（新生児の聴覚検査の結果が記載されているもの）」のページ等の写し

*子の保護者欄は、必ず記入しておいてください。

③未使用の受診券

④振込みを希望する申請者名義の通帳その他振込先口座を確認できる書類の写し

(備考)

助成金の額は、医療機関に支払った額ではなく、当該聴覚検査の助成額の上限と自己負担額を比較して少ない方の額になります。