

様式第1号（第6条関係）

田原本町新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

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金交付要綱第6条第1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、新生児聴覚検査費助成金の交付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、新生児聴覚検査実施機関への支払内容の確認等を行うことに同意します。

ふりがな 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	領収金額（保険診療分を除く。）	初回検査	確認検査	交付決定額
	円	<input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> OAE	<input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> OAE	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、こども未来課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日から6月に到達する月末まで（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。

(記載上の注意)

太線の中をご記入ください。

(申請時に必要な添付書類)

①新生児が聴覚検査を受けた実施機関で発行された聴覚検査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2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2号）」が必要になる場合があります。

②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）」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、助成金の上限額と自己負担額を比較して少ない方の額になります。