

年 月 日

嘉手納町長 殿

申請者（保護者）住所：

氏名：

印

嘉手納町新生児聴覚検査費助成申請書

嘉手納町新生児聴覚検査費助成事業実施規則第6条の規定により、下記のとおり申請します。

新生児	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名						
	住所 連絡先	〒 -		電話番号			
	実施医療 機関	医療機関名： 所在地：			電話番号		
振込先	金融 機関名	*申請者の口座をご記入ください。					本店・支店 出張所・支所
	預金 種別	普通 当座	口座 番号				
	口座名義人 *カタカナでご記入 ください。						

種別	検査日	検査結果	検査費用（請求額）
初回検査	年 月 日	異常なし・要再検査	円
確認検査	年 月 日	異常なし・要精密検査	円

※対象の検査は、自動聴性脳幹反応検査（自動 ABR）又は耳音響反射検査（OAE）に限ります。

※確認検査は、初回検査で要再検査（Refer）となった場合に実施したものに限ります。

【添付書類】

- 1 聴覚検査を受けた医療機関発行の領収書、診療明細書の写し
- 2 親子健康手帳又は母子健康手帳（聴覚検査の結果が確認できるもの）の写し

【同意事項】

助成の可否及び助成金の決定のため、必要に応じ上記事項について、嘉手納町が聴覚検査の実施医療機関等に確認を行うことに同意します。

氏名 _____ ④