

米沢市新生児聴覚検査助成金交付申請書

令和 年 月 日

米沢市長 あて

次のとおり米沢市新生児聴覚検査助成金を申請します。また、領収書の内容について医療機関に照会することに同意します。

1 申請者について

氏名 (産婦)	フリガナ 生年月日	年 月 日
現住所	〒 米沢市	
電話番号	☎ 携帯電話 ()	
検査対象者 (新生児氏名)	フリガナ 生年月日	年 月 日
住所	☐住所は申請者と同じ	

2 聴覚検査実施について

実施医療機関	医療機関名： 住所： 電話番号：	
検査日	初回検査 (年 月 日)	確認検査 (年 月 日)
検査方法	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査 (AABR) <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査 (OAE)	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査 (AABR) <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査 (OAE)
検査結果	<input type="checkbox"/> 異常なし (パス) <input type="checkbox"/> 再検査 (リファー)	<input type="checkbox"/> 異常なし (パス) <input type="checkbox"/> 要精密検査 要精検となった場合の紹介先 (医療機関名：)
検査費用	① 円	② 円
請求額	(①②の合計額と 5,000 円のいずれか低い方の額) 円	

※初回検査及び再検査を含めて上限額は 5,000 円です。また、保険診療に係る費用は対象外となります。

3 振込み先金融機関について

申請者(産婦)名義の口座を記入してください。

金融機関名	銀行	本店	1 普通	口座番号								
	信用金庫	支店			2 当座							
	農協	出張所										
口座名義人(カナで記入)												

【添付書類】

領収書・聴覚検査の費用が記載されている診療明細書・検査の結果がわかる書類・未使用の米沢市聴覚検査受検票・産婦名義の振込口座が分かるもの(通帳)