

様式第1号（第5条関係）

八潮市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

(宛先) 八潮市長

八潮市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請（請求）します。
なお、助成要件の確認のために、市が保有する個人情報を開覧し、及び調査すること並びに医療機関又は助産施設に問い合わせることに同意します。

申請者 (請求者)	ふりがな			
	氏名	⑩		
	住所	〒		
	電話番号	【自宅・携帯】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入		
対象児	ふりがな		生年月日	令和 年 月 日
	氏名			
	住所	〒		
検査日	令和 年 月 日			
検査方法	<input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。 <input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR） 限度額5,000円 <input type="checkbox"/> 聴性脳幹反応検査（ABR） 限度額5,000円 <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査（OAE） 限度額3,000円			
医療機関等				
検査費用	円	※請求額は、検査費用の額が、限度額未満の場合は検査費用の額と同額とし、限度額以上の場合は、限度額となります。		
請求額	円			

助成金の振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫		本店 支店
口座種別	1 普通預金 2 当座預金	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			