

様式第1号（第10条関係）

年 月 日

（宛先）春日市長

申請者 住所

（保護者）氏名

電話番号（ ） ー

春日市新生児聴覚検査助成金交付申請書兼請求書

春日市新生児聴覚検査助成金の交付を受けたいので、春日市新生児聴覚検査実施要綱第10条第1項の規定により下記のとおり申請します。

記

1 受診者情報

ふりがな 新生児氏名		生年月日	年 月 日	
住所	春日市			
	検査日	検査方法	検査結果	検査費用
初回検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> OAE	右耳 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 再検査 左耳 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 再検査	円
確認検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> OAE	右耳 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査 左耳 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 再精密検査	円
医療機関名	申請金額			円
助成決定額（春日市記入欄）				円

2 助成金振込先（申請者と同名義）

金融機関コード		店番		本店 支店 所
普通・当座		口座番号（右詰めで記入してください。）		
口座名義人	(フリガナ)			

3 添付書類

- (1) 自己負担した検査料に係る領収書又はその写し（検査料がわかる診療明細書含む）
- (2) 未使用の受診券
- (3) 医療機関が記載した春日市新生児聴覚検査結果票その他の検査項目を証する書類