

## 新生児聴覚検査費助成金交付申請書

令和 年 月 日

苫小牧市長 様

申請者 住所

氏名

印

電話

苫小牧市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第11条の規定に基づき、次のとおり新生児聴覚検査費助成金の交付について関係書類を添えて申請します。

|                  |      |     |  |      |          |   |   |
|------------------|------|-----|--|------|----------|---|---|
| 母子手帳番号           |      |     |  |      |          |   |   |
| フリガナ             |      |     |  | 平成   | 年        | 月 | 日 |
| 受診者氏名            |      |     |  | 生年月日 | 令和       |   |   |
| 医療機関名            |      |     |  |      |          |   |   |
| 検査結果             | 検査日  | 平成  |  |      | 年        | 月 | 日 |
|                  | 検査判定 | 右 : |  |      | パス ・ 要再検 |   |   |
|                  |      | 左 : |  |      | ・ 要再検    |   |   |
| 検査料金             |      |     |  | 円    |          |   |   |
| 苫小牧市による助成の額 ※市記入 |      |     |  | 円    |          |   |   |

- 対象者等の確認のため、住民基本台帳を確認することに同意します。  
 同一の検査に関して、他の市町村から同等の助成を受けないことに同意します。

### 添付書類

①苫小牧市新生児聴覚検査受診票 【 有 ・ 未交付 】

②検査の領収書のコピー

(出産費用などに含まれている場合は、診療明細書のコピーを添付又は、検査料金がかかるように表記してください。)

③検査の結果がわかるもの（母子手帳P17など）

④その他市長が必要と認める書類