

様式第1号（第4条関係）

新宮町長 様

年 月 日

新宮町新生児聴覚検査費助成申請書兼結果報告書

新生児聴覚検査は、任意の検査であることを理解したうえで、新宮町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり聴覚検査費の助成申請及び検査結果を報告します。

新生児 (受診者)	(フリガナ)		
	名 前		
	生年月日	年	月 日生
保護者 (申請・報告者)	(フリガナ)		
	名 前		
	続 柄		
住所	新宮町 (電話 — — )		
検査実施日	年 月 日		
検査の種類	<input type="checkbox"/> A A B R (自動聴性脳幹反応検査) <input type="checkbox"/> O A E (耳音響放射検査)	検査費用	円
検査結果	【右耳】 <input type="checkbox"/> パス (反応あり) <input type="checkbox"/> リファー (要再検査) 【左耳】 <input type="checkbox"/> パス (反応あり) <input type="checkbox"/> リファー (要再検査)		
検査実施医療機関	所在地  名 称		

新宮町新生児聴覚検査費助成金請求書

年 月 日

新宮町長 様

請求者 住所  
氏名

新宮町新生児聴覚検査費助成金を下記のとおり請求します。

記

1. 請求金額

金 円

2. 振込先

振込先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 出張所		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義	(フリガナ)		

3. 添付資料

- ①自己負担した検査料に係る領収書
- ②医療機関が記載した新生児聴覚検査を証する書類
- ③振込先（口座番号、口座名義等）が確認できるもの