

浦安市新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）浦安市長

申請者 住 所 浦安市
氏 名
電話番号（自宅）（ ）
（携帯）

次のとおり、新生児聴覚検査を受診しましたので、新生児聴覚検査の助成金の交付を申請します。なお、償還払いの交付決定に必要な場合は、医療機関に対して当該検査の内容を照会することに同意します。

母の名前		生年月日	年 月 日
受診者（お子様）		生年月日	年 月 日
住 所	（申請者と住所が違うときのみ記入） 浦安市		
受診医療機関名		母子健康 手帳番号	
初回検査	年 月 日（生後 日目） ※50日以内		
検査方法	1. 自動 ABR 2. OAE 3. その他		
検査結果	右	1. パス 2. リファー	
	左	1. パス 2. リファー	

※助成額は初回検査のみ、上限3,000円とする。

振込先	銀行・農協 信組・信金	支店名	
口座種別	普通 ・ 当座	支店コード	
口座番号			
フリガナ			
口座名義人			

※提供いただいた個人情報は、新生児聴覚検査助成金支給の目的以外に使用しません。

※安心して子育てができるよう、検査の結果について保健師が連絡をとる場合があります。

<事務処理欄>

産婦の住基（父の住基不要） <input type="checkbox"/> 年 月 日～	受診票の有無 有 ・ 無	受付者名	助成決定金額 円
--------------------------------------------------	-----------------	------	-------------

（産婦扶助 有）