

足利市新生児聴覚検査費用助成申請書

年 月 日

足利市長 あて

〒

申請者（産 婦） 住 所 _____
ふりがな

氏 名 _____
 電話番号 _____
ふりがな

（検査を受けた児） 氏 名 _____
 生年月日 令和 年 月 日 _____

下記のとおり委託契約外医療機関で検査しましたので、領収書の写し及び新生児聴覚検査受診票を添えて、足利市新生児聴覚検査助成申請をします。

なお、本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧について承諾します。

聴覚検査実施 医療機関	名称		電話番号	
	所在地			

振込先金融機関名（ゆうちょ銀行を含む）		口座名義人 （カタカナ）	種別	口座番号
銀行	本店		普通	
信金	支店／支所		当座	

*申請者と口座名義人は同一とする。

検査種類	検 査 日	助成申請額
初回検査		円
確認検査		

※確認検査は、該当する場合のみ記入すること。

注意：新生児聴覚検査に要した費用が限度額（5,000円）を超える場合は5,000円を限度に助成します。

注意：検査した日（確認検査実施の場合は確認検査実施日）の属する月の翌月の初日から起算して1年以内に、健康福祉部健康増進課に提出してください。規定する期限を経過した申請は、受付できませんのでご了承ください。