

様式第2号（第8条関係）

新生児聴覚スクリーニング検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

おおい町長 様

申請者 住 所 おおい町

氏 名 _____ 印

対象者 氏 名 _____
(申請者との関係 _____)

おおい町新生児聴覚スクリーニング検査事業実施要綱第8条第2項の規定により、下記のとおり関係書類を揃えて申請します。

なお、申請にあたり、対象者等の確認のため住民基本台帳を閲覧すること、申請内容の審査において必要な場合におおい町が医療機関等に対し受診内容の照会をすることについて同意します。

記

1. 助成を受ける額 金 _____ 円

2. 助成金の振込先

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
		普・当・他 ()	
口座名義人 (カタカナ)			

<添付書類>

・領収書、診療明細書

※ない場合には、新生児聴覚スクリーニング検査費領収証明書（様式第3号）

・検査結果が分かるもの（母子健康手帳等）

新生児聴覚スクリーニング検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

おおい町長 様

申請者 住 所 おおい町

氏 名 振込先と同じ方のお名前 印

対象者 氏 名 検査を受けた新生児名
(申請者との関係)

おおい町新生児聴覚スクリーニング検査事業実施要綱第8条第2項の規定により、下記のとおり関係書類を揃えて申請します。

なお、申請にあたり、対象者等の確認のため住民基本台帳を閲覧すること、申請内容の審査において必要な場合におおい町が医療機関等に対し受診内容の照会をすることについて同意します。

記

1. 助成を受ける額 金 記入不要です 円

2. 助成金の振込先

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
		普・当・他 ()	
口座名義人 (カタカナ)			

申請者と異なる口座への振込を希望する場合は、委任状が必要になります

<添付書類>

- ・領収書、診療明細書
※ない場合には、新生児聴覚スクリーニング検査費領収証明書（様式第3号）
- ・検査結果が分かるもの（母子健康手帳等）
- ・通帳またはキャッシュカードの写し

様式第3号(第8条関係)

新生児聴覚スクリーニング検査費領収証明書

下記の者については、新生児聴覚スクリーニング検査を実施し、これに係る検査費を下記のとおり領収したことを証明します。また、検査結果は下記のとおり報告します。

年 月 日

所在地

医療機関の名称

主治医氏名

印

1 検査対象児

新生児氏名		母親氏名	
生年月日	年 月 日		
住所	連絡先 ()		

2 検査結果および検査費用

	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"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> OAE	右	<input type="checkbox"/> パス (反応あり) <input type="checkbox"/> リファー (要再検)	円
			左	<input type="checkbox"/> パス (反応あり) <input type="checkbox"/> リファー (要再検)	
確認検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> OAE	右	<input type="checkbox"/> パス (反応あり) <input type="checkbox"/> リファー (要再検)	円
			左	<input type="checkbox"/> パス (反応あり) <input type="checkbox"/> リファー (要再検)	
検査費用合計					円

医療機関 ご担当者様

おおい町では、新生児聴覚スクリーニング検査費として、5,600円を上限に助成をしています。「新生児聴覚スクリーニング検査費領収証明書」は被検査者(新生児)の検査費の明細がわかる領収書があり、母子健康手帳への検査結果の記載があれば必ずしも必要ありません。