

様式第4号（第7条関係）

新生児聴覚スクリーニング検査費用助成交付申請書

年 月 日

西伊豆町長 様

申請者 住所
氏名
電話

印

新生児聴覚スクリーニング検査費用助成の交付を受けたいので、西伊豆町新生児聴覚スクリーニング検査費用助成事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり請求します。

申請額	円		
新生児氏名 (生年月日)	(年 月 日生)		
検査日	年 月 日		
検査方法	<input type="checkbox"/> 自動ABR（自動聴性脳幹反応検査） <input type="checkbox"/> OAE（耳音響放射検査）		
検査結果	【右耳】 <input type="checkbox"/> パス (P a s s) <input type="checkbox"/> 要再検 (R e f a r) 【左耳】 <input type="checkbox"/> パス (P a s s) <input type="checkbox"/> 要再検 (R e f a r)		
振 込 先	金融機関名	支店名	
	口座種別	普通	(フリガナ) 口座名義人
		当座	
口座番号			

(注) 助成額の上限を超えるときは上限額を、支払額が上限に満たないときは、当該支払額を記入してください。

(添付書類)

- (1) 検査費用の支払を証する領収書
- (2) 母子健康手帳
- (3) 交付済みの受診票