

阿南市新生児聴覚検査償還払申請書

年 月 日

阿南市長 宛て

(申請者)

住 所

氏 名

下記のとおり、新生児聴覚検査の償還払を申請いたします。

フリガナ	
検査を受けた 児の氏名	
児の生年月日	年 月 日生
保護者氏名	
電話番号	— —
検査実施日	年 月 日
検査方法	自動聴性脳幹反応 (自動ABR)      耳音響放射 (OAE)
金額	円

(注) 太枠の中をご記入ください。

申請限度額

- 1 新生児聴覚検査費が上限額を超えた場合は、上限額までしか申請(助成)できません。
- 2 申請(助成)は、医療機関入院中に行う初回検査1回のみです。

添付書類

- 1 新生児聴覚検査の結果が記載された阿南市新生児聴覚検査受診票(様式第1号又は様式第1号の2)
- 2 検査を実施した医療機関が発行する領収書
- 3 振込先口座が分かるもの