

新生児聴覚検査受診者補給金交付申請書

次のとおり伊勢崎市新生児聴覚検査受診者補給金交付要綱第6条第1項の規定により、補給金の交付を申請します。

なお、新生児聴覚検査受診者補給金の交付に必要な事項として、市が住民基本台帳を閲覧することに同意いたします。

（宛先）伊勢崎市長

年 月 日

申請者住所	〒 伊勢崎市		
ふりがな		電話 番号	(       ) —
申請者氏名			
ふりがな		生年月日（受診児）	
受診児氏名		年 月 日	
検査方法	1. 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR） 2. 耳音響放射検査（OAE） 3. その他同等の性能を有する新生児聴力検査 ※該当する番号に○を付けてください。		
医療機関名			
検査日	年 月 日		
検査料	円 ※検査に直接要した費用		
交付申請額	円		
添付書類	<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査受診票 <input type="checkbox"/> 検査の領収証の写し <input type="checkbox"/> 検査の結果書類 <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類		