

## 《記入例》

### 新生児聴覚

新生児聴覚検査受診者補給金交付申請書

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。

**※太枠の中を記入してください**

として、市が住民基本台帳を閲覧する

年 月 日

申請者住所	〒 <b>※申請日当日の住所を記入してください。</b> 伊勢崎市 <b>(市外転出して、住所が市外・県外になっている場合は、現住所を記入)</b>		
ふりがな		電話	( )
申請者氏名	<b>※児の保護者(本市住民)の氏名</b>	番号	—
ふりがな		生年月日(受診児)	
受診児氏名		年	月 日
検査方法	2. 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	<b>※記入しないでください</b> 円		

### ●その他必要な書類等●

- ・新生児聴覚検査費用が分かる領収書・明細書原本とそのコピー  
(領収書で聴覚検査費用が確認できない場合は、医療機関で記入してもらうか、聴覚検査費用が記載されている 明細書 も必要です。聴覚検査単独の金額が不明の場合、保護者から医療機関にお問い合わせください)
- ・新生児聴覚検査受診票(医療機関で結果を記入してもらう)
- ・新生児聴覚検査結果記載済みの母子手帳原本(「検査の記録」とそのコピー)
- ・申請者名義の通帳(見開き面)コピー(口座情報が確認できるもの)
- ・申請者の印鑑(旧姓不可。朱肉を使うもの)  
※請求書押印済の場合でも、訂正等に備えて印鑑は必ず持参してください。
- ・新生児聴覚検査補給金請求書(ホームページからダウンロード可能)  
(記入押印済みのもの。窓口での記入押印もできます)