様式第１号

嵐山町新生児聴覚スクリーニング検査費助成金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　嵐山町長　佐 久 間　孝 光　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象児との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

嵐山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５条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、当該申請の審査にあたり、町が保有する個人情報を利用し、又は医療機関に問い合わせることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　児 | 住　　所 |  | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | |
| 検査実施医療機関 |  | | | | | | | |
| 検　　査　　日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | |
| 検　査　方　法 | □　自動聴性脳幹反応検査（自動ＡＢＲ）  □　耳音響放射検査（ＯＡＥ） | | | | | | | |
| 検　査　結　果 | 右　　耳 | * パス（反応あり）　　　□　リファー（要再検） | | | | | | |
| 左　　耳 | * パス（反応あり）　　　□　リファー（要再検） | | | | | | |
| 検　査　費　用 | 円 | | | 助 成 申 請 額（※） | | | 円 | |
| 振　　込　　先 | 金融機関名 |  | | | | 支店名 | |  |
| 預金種別 | 普通  当座 | ふりがな | |  | | | |
| 口座名義人 | |  | | | |
| 口座番号 |  | | | | | | |

※自動ＡＢＲ：助成上限額5,000円　　ＯＡＥ：助成上限額3,000円

【添付書類】

①聴覚検査に係る領収書の写し

　②聴覚検査の方法及び結果がわかる書類又は母子手帳の写し