

高知市新生児聴覚検査費助成金支給申請書

申請日 年 月 日

高知市長 様

次のとおり、県外医療機関で受診しましたので、高知市新生児聴覚検査費の助成について関係書類を添えて申請します。

申請者 (保護者)	フリガナ		住所	〒								
	氏名			電話番号								
受診者 (乳児)	フリガナ		住所	〒								
	氏名			高知市								
	生年月日	年 月 日										
受診医療機関	名称		住所									
			電話番号									
振込先	振込先金融機関名 ※申請者の口座をご記入ください。		口座名義人	種別	口座番号							
	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	カタカナ	普通 当座								

新生児聴覚検査

	検査日	検査結果	助成上限額	申請額
初回検査	年 月 日	パス・リファー	円	円
再検査	年 月 日	パス・リファー	円	円

※検査は、自動聴性脳幹反応(AABR)に限ります。(OAEは対象外)
※再検査は、初回検査で要再検査だった場合に行ったものに限ります。

申請 合計額	円
今後の支援に必要なため、精密検査結果を記載してください。	
結果：	

- 《添付書類》
- ① 領収書・明細書(原本)
 - ② 母子健康手帳のコピー(出生届出済証明書欄と新生児聴覚検査の記録欄)
 - ③ 高知市が発行した未使用の新生児聴覚検査受診票