

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	〒	申請時点での住所	
	氏名			電話番号		
受診者 (乳児)	フリガナ		住所	〒	高知市	
	氏名					
	生年月日	年 月 日				
受診医療機関	名称	県外の受診医療機関の名称等です。 (県内分は申請できません。)				
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		

・ゆうちょ銀行を指定される場合は、通帳で「他行振込用の店名・預金種目・口座番号」を必ずご確認ください。
 (店名の例:六四八 支店) ※「記号・番号」は不要です。
 ・ネット銀行も指定することができます。

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
			申請合計額	円

記入不要

※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。

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