

# 新生児聴覚検査支援事業 助成金申請書

福島県知事様

関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検査費用の助成を申請します。

記

記入日 平成 年 月 日

ふりがな*		ふりがな	
申請者の氏名	印	児の名	
検査日現在の 住民票上の住所	〒 福島県		
電話番号			
振 込 先	★振込先口座の名義人は、申請者「ふりがな*」と同一でなければ振り込めませんのでご注意ください。		
	金融機関名	銀行・金庫・農協	本店・支店・出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号

	1. 初回検査	2. 確認検査 「1. 初回検査」で要検査の場合	3. 再確認検査 「2. 確認検査」で要検査の場合
検査日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
検査結果	異常なし・要検査	異常なし・要検査	異常なし・要検査
検査機器 (助成上限額)	AABR・OAE ( 2,500 ) ( 1,000 )	AABR・OAE ( 2,500 ) ( 1,000 )	AABR・OAE ( 2,500 ) ( 1,000 )

①検査費用(※)	円	円	円
②選定額(※)	円	円	円
③基準額(※)	円		
④自己負担額(※)	円		

※①は、医療機関で設定した聴覚検査代(他の検査代は除く)を添付書類から転記して下さい。  
 ※②は、「助成上限額」と「①検査費用」のうちいずれか低い方の金額を記載して下さい。  
 ※③は、記入例(2通りあります)を参照のうえ、該当する例にならって記入して下さい。  
 ※④は、領収書に記載の自己負担額を記載して下さい。なお、③が0円の場合は助成対象となりませんのでご注意ください。

★上記③と④のうち、低い方の金額を記載して下さい。	
申請額	円

<p>【添付書類】</p> <p>1. 検査日、検査機器及び検査費用を確認できる資料      2. 住民票謄本の写し                  3. 検査費用を確認できる診療明細書の写し等      4. 振込先を確認できる通帳の写し                  5. 検査費用を含む領収書の写し等</p>	<p>◆「3. 再確認検査」で要検査だった場合の、その後の精密検査結果                  (支払とは無関係ですが、今後の支援のために記載して下さい)                  &lt; 異常なし・異常あり・未実施 &gt;</p>
---	---