

新生児聴覚検査申請書兼報告書

年 月 日

相模原市長 あて

〒 -
住 所 相模原市 区
申請者
氏 名
電話番号 ()

平日昼間に連絡のつく電話番号をご記入ください。

新生児聴覚検査助成金について、関係書類を添えて申請及び報告をします。また、相模原市長が対象児の検査内容を医療機関等に確認することを承諾します。

ふりがな 母の氏名		母の受診番号	0	0								
		母の生年月日										
ふりがな 対象児の氏名	(男・女)	児の受診番号 (予防接種番号)	0	0								
		児の生年月日										
検査方法	ABR(自動ABR・ABR)・OAE	検査結果	右耳 異常なし(パス)・要検査(リファ-)									
検査実施日	令和 年 月 日		左耳 異常なし(パス)・要検査(リファ-)									
申請額		¥ 円										
負担した額を上限として ABR5,000 円、OAE2,200 円まで												
申請確定額(市記入欄)		(市記入欄) ¥ 円										

受診券(市提出用)貼付欄 (検査実施機関の記載のあるもの)

受診券を貼り付け、領収書(原本または写し)、明細書(原本または写し)を添付してください。
対象児の1歳の誕生日前日までに申請する必要があります。