

枚方市新生児聴覚検査費補助金交付申請書

(枚方市・京都府以外の取扱医療機関、大阪府以外の助産所受検用)

申請日 年 月 日

(あて先) 枚方市長

下記のとおり、必要書類を添えて、補助金の交付を申請します。
 なお、交付決定があったときは、下記振込口座に振り込んでください。

申請者	(フリガナ) 氏名			電話番号	() -
	住所	〒573-			
母親 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ			あかちゃん (被検者)		
(フリガナ) 氏名					
住所	〒573-		〒573-		
生年月日	年 月 日		年 月 日		
電話番号	() -				
検査日		検査方法		申請額	交付決定額
年 月 日		<input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> OAE		円	円
実施機関	名称				
	所在地				
	電話番号				
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	店舗	店番	本店 支店 出張所
	口座番号		預金種別	普通 当座 貯蓄 その他 ()	
	口座名義人 (※カナで記入して下さい)				
<委任状>私は、口座名義人を代理人と定め、新生児聴覚検査費補助金の受領についての権限を委任します。 申請者自署					

[必要書類]

- ① 未使用の新生児聴覚検査受検票
 - ② 母子健康手帳の新生児聴覚検査の結果が記載されている「検査の記録」のページの写し
 - ③ 検査実施機関が発行した領収書・明細書 (原本) ← 手続き完了後に返却します。
- ※申請内容について検査実施機関に確認させていただくことがあります。

[申請方法]

出生から6ヶ月以内に、この申請書と必要書類を枚方市保健センターへ提出してください。(郵送可)
 提出先：〒573-1197 枚方市禁野本町2丁目13番13号 枚方市保健センター 新生児聴覚検査費補助金担当

[助成金額]

自動ABR (自動聴性脳幹反応検査) : 上限6,700円
 OAE (耳音響放射検査) : 上限3,000円
 ※助成額を上回る場合は、上回った額のみ自己負担となります。