

# 新生児聴覚検査費助成申請書

年 月 日

郡山市長

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。

ふりがな				児の生年月日		年 月 日	
児の氏名				母の生年月日		年 月 日	
母の氏名 (請求者)				電話番号		-	
住所		〒 - 郡山市					
振込先	銀行等の名称	本支店名	普通	口座番号			
			当座				
	口座 名義人 (請求者)	フリガナ					
		氏名					

	1. 初回検査	2. 確認検査 「1. 初回検査」で要再検の場合	3. 再確認検査 「2. 確認検査」で要再検の場合
検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
検査機器	自動 ABR ・ OAE	自動 ABR ・ OAE	自動 ABR ・ OAE
検査結果	異常なし ・ 要再検	異常なし ・ 要再検	異常なし ・ 要再検
費用	円	円	円

請求金額は、検査機器が自動 ABR の場合は上限 8,500 円、OAE の場合は上限 3,000 円で記載してください

請求金額	円 ①	円 ②	円 ③
------	-----	-----	-----

**請求金額合計 ①+②+③ 円**

**【添付書類】**

- 検査日及び検査機器を確認できるもの
- 医療機関が発行する検査費用がわかる領収書及び診療明細書

「3. 再確認検査」で要再検であった場合の精密検査結果  
(支払とは無関係ですが、今後の支援のために記載してください)

異常なし・異常あり・未実施

申請内容： 承認 ・ 不承認	決定金額： 円	受診日市民確認： できた ・ できない
----------------	---------	---------------------