様式第１号(第５条関係)

年　　月　　日

　佐用町長　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　印

電話

新生児聴覚検査費助成金交付申請書

　佐用町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第５条の規定により助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象児 | 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 検査方法 | 　・自動聴性脳幹反応検査（自動ＡＢＲ）・スクリーニング用耳音響放射検査（ＯＡＥ）　　※あてはまるものに○をつけてください。 |
| 初回検査料 | 　　　　　　　　　　　　　　円　　※検査に直接要した費用　　 |
| 助成申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　円　　※初回検査料の額 (上限5,000円)とする。 |