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。 |