

| 塩竈市新生児聴覚検査費用助成申請書  |   |                        |                 |
|--|---|------------------------|-----------------|
| 申請者氏名<br>(保護者)   |   | 対象児<br>との続柄            |                 |
| ふりがな   |   | 対象児の<br>生年月日<br>(赤ちゃん) | 年 月 日<br>( か月 ) |
| 対象児氏名<br>(赤ちゃん)  |   |                        |                 |
| 県内医療機関<br>で検査を受け<br>なかった理由   | <input type="checkbox"/> 里帰りのため県外の医療機関で出産したため<br><input type="checkbox"/> その他 ( )     |                        |                 |
| 検査を受けた<br>医療機関名  |   | 所在地<br>連絡先             | TEL             |
| 検査の種類  | <input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査 (自動ABR)<br><input type="checkbox"/> 耳音響放射検査 (OAE) | 検査費用                   | 円<br>(上限8,000円) |
| <p>上記のとおり、新生児聴覚検査費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。</p> <p>* 上記記載内容の確認のため、住民基本台帳を閲覧することに承諾します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>塩竈市長 殿</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">TEL                   —                   —</p> |   |                        |                 |
| 振込指定金融機関名等   |   |                        |                 |
| 金融機関名  | 銀行・信用金庫<br>信用組合・農協  | 本店<br>支店               | 普通 ・ 当座         |
| ふりがな   |   | 口座番号                   |                 |
| 口座名義人  |   |                        |                 |
| 請求額<br>(市記入欄)  | 円   |                        |                 |