

西予市新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼同意書

年 月 日

西予市長 様

申請者 住 所 西予市
氏 名
電話番号

西予市新生児聴覚検査事業実施要綱第10条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり新生児聴覚検査費の助成を申請します。

なお、新生児聴覚検査費助成申請に係る審査に当たり、市長が住民基本台帳の閲覧を行うことに同意します。

検査受診者	氏名	
	生年月日	年 月 日
	申請者との続柄	
保護者（母親）	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所 ※1	

検査名	検査年月日	自己負担額	助成上限額	助成申請額※2
初回検査	年 月 日	円	3,000 円	円
確認検査	年 月 日	円	3,000 円	円
				円

注 太枠の中をご記入ください。

※1 申請者と異なる場合を有する場合に記入してください。

※2 助成申請額は、自己負担額と助成上限額のうち、いずれか少ないほうの額になります。

（添付書類）

- 1 検査費用が明記された領収書
- 2 西予市が発行した未使用の受診票
- 3 母子健康手帳の新生児聴覚検査結果のある個所の写し