

別記様式第4号（第9条関係）

年 月 日

高畠町長 殿

申請者 住所

氏名 ㊟

(対象者との関係)

電話番号

新生児聴覚検査費用助成金交付申請兼実績報告書

高畠町新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第9条第1項の規定により、申請するとともに関係書類を添えて報告します。

なお、必要に応じ下記事項について町が実施医療機関等に確認を行うことに同意します。

検査対象者	フリガナ			生年月日	年 月 日				
	氏 名								
	住 所	〒 ー		電話番号：					
	連絡先	高畠町							
検査結果等	実施医療機関	医療機関名： 住所： 電話番号：							
	検査年月日	初回検査 (年 月 日)		確認検査 (年 月 日)					
	検査方法	☐ 自動聴性脳幹反応検査（AABR） ☐ 耳音響放射検査（OAE）		☐ 自動聴性脳幹反応検査（AABR） ☐ 耳音響放射検査（OAE）					
	検査結果	☐ 異常なし（パス） ☐ 再検査（リファー）		☐ 異常なし（パス） ☐ 再検査（リファー） 要請検となった場合の紹介先 (医療機関名)					
新生児聴覚検査費用		円		助成額	円				
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協 本店・支店							
	預金種別	普通・当座	口座番号						
	口座名義人	フリガナ 氏 名							