

逗子市新生児聴覚検査償還払申請書

年 月 日

逗子市長

申請者

住 所 _____

（フリガナ）

氏 名 _____（検査対象児との関係 _____）

電 話 番 号 _____

逗子市新生児聴覚検査費用補助事業実施要綱第10条の規定により申請します。

1 申請金額 _____ 円

2 申請内容

| | | |
|----------------|---|--|
| 検査の種類 | 新生児聴覚検査 <input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査（AABR） 補助額 3,000 円 <input type="checkbox"/> 耳音響反射検査（OAE） 補助額 1,500 円 | |
| 検査対象児の氏名 | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| 補助券番号 | | |
| 検査対象児の 生年月日 | 年 月 日 | |
| 検査年月日 | 年 月 日 | |
| 検査実施機関名 | | |
| 検査金額 | | |