

第2号様式（第8条関係）

鴨川市新生児聴覚スクリーニング検査負担金交付申請書

(宛て) _____ 年 月 日
 鴨川市長

申請者（保護者）

住所

氏名 _____ 印

電話番号 ()

鴨川市新生児聴覚スクリーニング検査実施要綱第8条第3項の規定により、次のとおり負担金の交付を申請します。

新生児	住所 (※1)	<input type="checkbox"/> 保護者の住所と同一の住所（予定を含む。） <input type="checkbox"/> 保護者の住所と異なる住所（予定を含む。） (住所)
	氏名	
	生年月日	年 月 日
受診年月日	年 月 日	
検査の方法 (※2)	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR） <input type="checkbox"/> 聴性脳幹反応検査（ABR） <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査（OAE）	
申請額（自己負担金）	円	
負担金決定額（※3）	円	

(※1) 該当する項目の□にチェックしてください。保護者の住所と異なる住所（予定を含む。）の場合は、その住所を記載してください。

(※2) 該当する項目の□にチェックしてください。

(※3) 太枠内は、鴨川市が記入します。

振込先口座

金融機関名		本店・支店
口座種別	普通・当座	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		

添付書類

- 1 未使用の新生児聴覚スクリーニング検査受診票
- 2 新生児聴覚スクリーニング検査に要した費用の領収書・明細書

* 窓口での申請の際は、母子健康手帳をお持ちください。