

新生児聴覚スクリーニング検査費助成金交付申請及び請求書

年 月 日

日 田 市 長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話

委託医療機関以外で

[新生児聴覚スクリーニング検査 1. 自動 ABR（自動聴性脳幹反応検査） 2. OAE（耳音響放射検査）]
---	--	---

を受診しましたので、新生児聴覚スクリーニング検査費助成事業実施要綱に基づき、要した費用の請求書と領収書を添付し、申請及び請求します。

また、住民基本台帳の照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

被 検 査 者	住 所	日田市
	氏 名	ふりがな
	生年月日	年 月 日 生まれ
検査医療機関名		
検査年月日	年 月 日	

【振込先口座】

金融機関名	銀行・農協 金庫・組合	支店名	支店・支所 出張所
貯金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義人			

注 申請者と口座名義人が異なる場合は、裏面により委任してください。

※助成金の決定額	円
----------	---

- 備考) 1 申請及び請求期限は健康診査を受けた日から1年以内です。
 2 太枠内のみ記入してください。
 3 受診した医療機関で、新生児聴覚スクリーニング検査受診票に結果を記入してもらい、この助成金交付申請及び請求書に領収書を添えて提出してください。
 4 検査に要した費用は、日田市が医療機関と契約している額を限度に助成します。

委 任 状

新生児聴覚スクリーニング検査費助成金の受取について、下記のものに委任します。

氏名 _____

上記の件について受任します。

(※ 口座名義人) 氏名 _____

委任者との続柄 ()

(※ 委任者と住所が異なる場合)

住所 _____
