

(様式第3号)

新生児聴覚検査費用助成支給申請書

受検児氏名		フリガナ		母子健康手帳No.
生年月日		年 月 日		
	検査日	検査機器	医療機関名	医療機関に支払った額 (自己負担額)
初回検査	年 月 日	自動ABR・OAE		円
確認検査 ※初回検査で 要検査の場合	年 月 日	自動ABR・OAE	<input type="checkbox"/> 同上	円
再確認検査 ※確認検査で 要検査の場合	年 月 日	自動ABR・OAE	<input type="checkbox"/> 同上	円
合 計 ( 助 成 申 請 額 )				円
◆再確認検査で要検査だった場合、その後の精密検査結果 ※支払とは無関係ですが、今後の支援のために記載してください。			【 異常なし・異常あり・未実施 】	
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人	フリガナ		
上記のとおり新生児聴覚検査に要した費用に関する別紙必要書類を添えて申請します。 また、三島町がこの申請に必要な情報について調査すること及び医療機関等に照会することに同意します。 年 月 日 三島町長 様 申請者の住所 〒 三島町大字 氏 名 (印) (児との続柄: ) 電話番号				

※検査費用については、町が定める範囲内で町が助成します。

(添付書類)

- 医療機関が発行する新生児聴覚検査に要した費用の領収書又は支払い済証明書の原本
- 診療報酬明細書(原本)
- 母子健康手帳の写し(新生児聴覚検査の受検日、検査結果が確認できるもの)