

# 記入例

様式第1号（第5条関係）

## 新生児聴覚検査費助成金交付申請書

○年 ○月 ○日

久喜市長 あて

住所 久喜市本町○丁目○番○号  
申請者 氏名 久喜花子  
電話番号 0480-00-0000

久喜市補助金等の交付に関する規則第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、私は、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、受診した医療機関又は助産施設に市が問い合わせることに同意します。

受診児	氏名	久喜 太郎	生年月日	○年 ○月 ○日
	住所	久喜市本町○丁目○番○号		
検査日	○年 ○月 ○日			
検査方法	※該当する検査に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください <input checked="" 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）			
初回検査支払額	0.000 円			
申請額	円			

※申請額は、検査費用が **5,000円以上** の場合は **5,000円**、**5,000円未満** の場合は **支払った額** を記入してください。

注) 申請書には次の書類を添付してください。

- ① 検査を実施した医療機関又は助産施設が発行した聴覚検査の費用を支払ったことを証する書類
- ② 新生児聴覚検査の受診日及びその結果が記載されている母子健康手帳（写し）又は聴覚検査の結果を確認することができる書類