

年 月 日

瑞穂市長 様

申請者 住所

氏名

電話

新生児聴覚検査費助成金交付申請書

瑞穂市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第5条の規定により助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

対象児	氏名	
	生年月日	
	住所	
検査方法	・自動聴性脳幹反応検査（AABR、自動ABR） ・聴性脳幹反応検査（ABR） ・耳音響放射検査（OAE） ※あてはまるものに○をつけてください。	
初回検査料	_____円 ※検査に直接要した費用	
助成申請額	_____円 ※初回検査料の額を記入。ただし、 <u>上限を3,700円とする。</u>	