

別記
第1号様式（第5条関係）

萩市新生児聴覚検査費助成申請書

年 月 日

萩市長 あて

申請人 住 所
氏 名
電 話

新生児聴覚検査を下記の医療機関で受けましたので、新生児聴覚検査費の助成を申請します。

記

検査の種類		(1) 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR） (2) 耳音響放射検査（OAE）
受診児	氏名	
	生年月日	年 月 日
検査日		年 月 日
医療機関名	住所	
	名称	
申請額		
振込先 金融機関	金融機関名	
	フリカゝナ 口座名義	
	口座の種類	普通 ・ 当座
	口座番号	

(注)

- ・この申請書に新生児聴覚検査受診・結果票及び領収書を添付してください。
- ・振込先は、申請人（新生児等の保護者）の口座名義にしてください。