

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 (A A B R) (2) 耳音響放射検査 (O A E) |
| 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。