

様式第1号（第11条関係）

年 月 日

（宛先）
岩国市長 様

申請者 住 所 岩国市〇〇町〇丁目〇番〇号

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

申請者（保護者）の氏名を自署してください。自署でない場合、押印が必要です。

氏 名 岩国 花子

※申請者本人の自署又は記名押印

岩国市新生児聴覚検査費助成申請書

次のとおり、新生児聴覚検査を受診したので、検査に要した費用について関係書類を添えて助成を申請します。

また、この申請を行うに当たり、市の職員が助成事業を決定するために必要な私の情報を各関係機関や住民基本台帳の公簿により確認することに同意します。

申請金額 金 _____ 円

いずれかひとつを○で囲んでください。

乳児氏名	岩国 琥太郎
------	--------

検査の種類	検査年月日	検査費用(円)	基準額※ (いずれかを○で囲む)	
			非課税の場合	課税の場合
自動聴性脳幹反応検査 (AABR)	6. 4・2	6,000 円	5,000 円	5,500 円
耳音響放射検査 (OAE)	. .	円	2,500 円	2,750 円
合 計		A 6,000 円	B 5,000 円	円
AとBのいずれか低い方の金額		5,000 円		

《添付書類》

- 1 領収書(受診者、検査日、検査に要した費用及び医療機関名の分かるもの)
- 2 母子健康手帳の写し(検査結果のページ)
- 3 新生児聴覚検査受診票

A検査費用とB基準額のうち低い方の金額を記入してください。

※基準額について

入院中(ただし、出生の日から1月を限度とする。)に検査を実施した場合は「非課税の場合」、退院後又は出生の日から1月を超える入院中に検査を実施した場合は「課税の場合」の金額が、基準額となります。